

# วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ Multidisciplinary Journal for Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2: กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

Volume 7 Issue 2: July – December 2025



ISSN: 2673-0855

## วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ

วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ภูมิศึกษา และบทความวิชาการด้านสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพในสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการวารสาร ดร.ภญ. กมลนัทร ม่วงขี้ม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี

บรรณาธิการฝ่ายผลิต ดร.ภญ. อรรตน์ หวังประดิษฐ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี

### กองบรรณาธิการ

|                                 |                                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ศ.ดร. ชยันต์ พิเชียรสุนทร       | ราชบัณฑิต สำนักงานราชบัณฑิตยสภา                                           |
| Prof. Dr. Tsutomu Kitajima      | Faculty of Social Science, Kyorin University, Japan                       |
| รศ.ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย       | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                                       |
| รศ.ดร. ทวีวรรณ ศรีสุขคำ         | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา                                       |
| รศ.ดร. อุทัยทิพย์ เขียววรรณกุล  | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                             |
| รศ.ดร. ภูมิ อธิศักดิ์วัฒนา      | คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล                                      |
| ผศ.ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล     | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                                        |
| รศ.ดร. สุวรรณ อินทร์น้อย        | คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมและเทคโนโลยี<br>สถาบันเทคโนโลยีเจ้าคุณทหารลาดกระบัง |
| ผศ.ดร. พรพิมล วงศ์สุวรรณ        | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                                        |
| ดร. สุวิมล แสนเวียงจันทร์       | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี                                  |
| ดร. จักรกฤษณ์ พลราชม            | คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์                                     |
| ดร. นุสรา ประเสริฐศรี           | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์                                 |
| ดร. ถันทนา โสวัตร               | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.สุพรรณบุรี                                  |
| ดร.ภก. บุญมี โพธิ์คำ            | วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี                             |
| ผศ.ดร. วรยุทธ นาคอ้าย           | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี                                      |
| ผศ.ดร. วรณัญชิตา ทรัพย์ประเสริฐ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี                                      |

## บทบรรณาธิการ

เรียน ท่านผู้อ่าน นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่าน

คณะบรรณาธิการมีความยินดีอย่างยิ่งที่จะนำเสนอ วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2568) ซึ่งนับเป็นผลงานทางวิชาการชุดล่าสุดที่เปี่ยมไปด้วยคุณภาพและความหลากหลายทางด้านสุขภาพแบบสหวิทยาการ ในฉบับนี้ วารสารได้รวบรวมบทความวิจัยที่ผ่านกระบวนการพิจารณาอันเข้มงวด (Peer Review) จำนวน 10 เรื่อง ซึ่งมีความโดดเด่นอย่างยิ่งในการนำเสนอองค์ความรู้แบบสหวิทยาการ (Interdisciplinary) โดยมีการเชื่อมโยงระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Traditional and Alternative Medicine) เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และสุขภาพช่องปาก (Oral Health) รวมถึง สุขภาพจิต (Mental Health) ซึ่งสะท้อนมิติสุขภาพที่ครอบคลุมและรอบด้าน บทความวิจัยเหล่านี้เป็นเครื่องพิสูจน์ถึงความมุ่งมั่นของนักวิจัยในการสร้างสรรค์งานที่มีคุณค่า และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

โอกาสนี้ คณะบรรณาธิการขอแจ้งให้ทุกท่านทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ซึ่งจะมีผลตั้งแต่วารสารฉบับต่อไป โดยวารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 นี้ จะเป็นวารสารฉบับสุดท้ายที่ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Publication Fee) เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพของกระบวนการวารสาร การบริหารจัดการ การพัฒนาแพลตฟอร์มออนไลน์ และเพื่อให้วารสารสามารถดำรงอยู่และขับเคลื่อนต่อไปได้อย่างยั่งยืน คณะบรรณาธิการจึงมีความจำเป็นต้องกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์สำหรับบทความที่ได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ตั้งแต่ ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2569) เป็นต้นไป โดยจะมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ในอัตรา 2,500 บาท ต่อบทความ ทั้งนี้ คณะบรรณาธิการขอขอบพระคุณนักวิจัยทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจในการส่งบทความที่มีคุณภาพมายังวารสารของเราอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ซึ่งเป็นช่วงที่วารสารเปิดให้ตีพิมพ์บทความโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้จะไม่เป็นอุปสรรคต่อการเผยแพร่องค์ความรู้ที่มีคุณค่าของท่าน

นอกจากนี้ คณะบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการพิจารณาบทความอย่างรอบคอบและเป็นธรรม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการคงไว้ซึ่งมาตรฐานทางวิชาการของวารสาร และขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจและติดตามผลงานของเราเสมอมา เราขอเชิญชวนให้ทุกท่านได้ศึกษาบทความวิจัยทั้ง 10 เรื่องในฉบับนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้ที่นำเสนอจะเป็นแรงบันดาลใจและเป็นประโยชน์ต่อการต่อยอดงานวิจัย การปฏิบัติงาน และการพัฒนาด้านสุขภาพในทุกมิติ

ขอแสดงความนับถือ



ดร.กาญจนา กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม

บรรณาธิการวารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ

## สารบัญ

หน้า

|                    |   |
|--------------------|---|
| กองบรรณาธิการ..... | ก |
| บทบรรณาธิการ.....  | ข |
| สารบัญ.....        | ค |

|                                                                          |        |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|
| ประสิทธิผลของน้ำมันมหาจักรต่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น..... | 1 - 13 |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|

ศูนย์การแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

ศราวดี อีสโร, รัชฎาพรรณ อรรถนิมาตย์, กมลฉัตร สุขแสน, สุพรรณิ ศรีรัมย์, ฐิติรัตน์ เจษฎาพงศธร

|                                                                                           |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6..... | 14 - 26 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

ในอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

พัทธรจิรา ไหมทอง, สุนิสา จันทร์แสง

|                                                                          |         |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|
| ความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงาน..... | 27 - 36 |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี

มาวิคค์ห์ แวกือจิ, สุจิตตรา ทองแกม, สุดารัตน์ รังคะวงษ์, สุวนันท์ คำสุข, เพียงดาว คำนึ่งสิทธิ

|                                                                                        |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ตำบลสิงโตทอง..... | 37 - 51 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|

อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ปณิศา เรืองฤทธิ์, กนกวรรณ ปัญญา, ชย เชียงทอง, บุญยสิทธิ์ พงษ์พิจิตร, วรยุทธ นาคอ้าย

|                                                                                            |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ..... | 52 - 67 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

ในชุมชนชนบท จังหวัดปทุมธานี

กัลยกรณ์ เขยโพธิ์, จินตนา เค่นสันติกุล

|                                                              |         |
|--------------------------------------------------------------|---------|
| การพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดสุราษฎร์ธานี..... | 68 - 82 |
|--------------------------------------------------------------|---------|

อุษณีย์ เอกสุวีรพงษ์, จุฬาลักษณ์ พชรทิพย์, ชลธิชา กิตติขันธ์

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกรับการรักษากับแพทย์แผนไทย..... | 83 - 97 |
|-----------------------------------------------------------------|---------|

ทิพกฤตา สุวรรณธาดา, ศุภิสรา กรวิทยาธิลป์, ฐิมาภรณ์ เกตุปลั่ง, คลกมล วงษ์บำรุง, รัชฎาชนก ภูทวี,

ฉินันท์ ปุ่มเพชร, พรณิภา มีสา, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์

## สารบัญ (ต่อ)

## หน้า

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกัน.....98 - 109

การเกิดภาวะโลหิตจางในนักศึกษาหญิง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี  
หนึ่งฤทัย ทวีผล, จุฑารัตน์ สุขยิ่ง, นรวิชัย ปัญญาวรรพศ์, ศรีสวรินทร์ ลินชัย, ญาณันธร กราบทิพย์

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการออกกำลังกายท่าฤๅษีคัตถน.....110 - 123

กับท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ ต่อการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนบน

ความจุปอด และอัตราการหายใจ

ณิษฐากร ชุมเทพ, นกสรณ์ พงศ์สิงห์แก้ว, ชยพัชร เสริมรัฐ, ปณชัย แซ่เต็ง, ปาลิดา กำเนิดเรือง,  
ภูริชญา อินทร์เนตร, ศุภวรรณ ชัยประกายวรรณ

การศึกษาเกสรตัวผู้ในตำราพระโอสถปราชยาทอง ฉบับกรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์.....124 - 135

วิศรา บุญวงษ์, อลิสา อานประโคน, กันตา หงส์ทอง, ชามาณิชา โอสถประสพ, ลินลณี แซ่หลี่,  
วิษกร วงษ์สุวรรณ, นภลัย มากโหนด

## ประสิทธิผลของน้ำมันมหาจักรต่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

ศราวุฒิ อิศโร<sup>1\*</sup> รัชฎาวรรณ อรรคณิมาตย์<sup>2</sup> กมลฉัตร สุขแสน<sup>1</sup>

สุพรรณิ ศรีริรมย์<sup>1</sup> จิตติรัตน์ เกษฎาพวงศธร<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาน้ำมันมหาจักรในการบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ โดยศึกษาในผู้ป่วยอายุ 60-69 ปี จำนวน 46 คน ณ ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อคัดเลือกผู้ตรงตามเกณฑ์เข้ากลุ่มตัวอย่าง รักษาด้วยการใช้น้ำมันมหาจักร (10 มิลลิลิตร/ขวด) วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน โดยหยดน้ำมันลงที่บริเวณลูกสะบ้าเข่า ข้างละ 20 หยด นวดคลึงวนตามเข็มนาฬิกา 1 นาที ประเมินระดับอาการปวดด้วย (Visual Analogue Scale: VAS) ประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าด้วย Goniometer และประเมินคุณภาพชีวิตด้วย EQ-5D-5L-score ตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (76.10%) อายุเฉลี่ย 63.78 ปี หลังการรักษา ระดับอาการปวดเข่าซายลดลงจาก  $5.70 \pm 0.22$  เป็น  $3.78 \pm 0.19$  คะแนน และเข่าขวาลดลงจาก  $5.93 \pm 0.25$  เป็น  $3.28 \pm 0.18$  คะแนน ( $p < 0.05$ ) องศาการเคลื่อนไหวในท่าเหยียดและท่างอของเข่าทั้งสองข้างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) และคะแนนคุณภาพชีวิตตาม EQ-5D-5L เพิ่มขึ้นจาก  $0.57 \pm 0.13$  เป็น  $0.97 \pm 0.04$  คะแนน สรุปได้ว่า ยาน้ำมันมหาจักรช่วยลดอาการปวด เพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และปรับปรุงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ข้อเข่าเสื่อม, น้ำมันมหาจักร, อาการปวดข้อเข่า, คุณภาพชีวิต

<sup>1</sup> ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 8 จ.อุดรธานี

<sup>2</sup> สาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: yeye\_yesung@hotmail.com

## **Effectiveness of Mahachak Oil in the Elderly with Primary Knee Osteoarthritis at Thai Traditional and Alternative Medicine Center, Health Region 8, Udon Thani**

Sarawut Issaro<sup>1\*</sup> Ratchadawan Aukkanimart<sup>2</sup> Kamonchat Suksan<sup>1</sup>  
Supunnee Sririrom<sup>1</sup> Thitirat Jessadapongsathorn<sup>1</sup>

### **Abstract**

This quasi-experimental study aimed to investigate the effectiveness of Mahachak oil in relieving pain in the elderly with primary knee osteoarthritis. The study was conducted in 46 patients aged 60–69 years at the Thai Traditional and Alternative Medicine Hospital in Udon Thani province. Purposive sampling was employed to select participants who met the inclusion criteria. The intervention involved the application of Mahachak oil (10 ml/bottle), once daily for 14 days. Participants applied 20 drops of the oil to the patellar area of each knee and massaged in a circular motion (clockwise) for one minute. The pain level was assessed using the Visual Analogue Scale (VAS), the range of motion (ROM) of the knee joint was measured using a goniometer, and quality of life was evaluated using the EQ-5D-5L score over the two-week period.

The results showed that the majority of participants were female (76.10%) with a mean age of 63.78 years. After the intervention, the pain scores in the left knee decreased from  $5.70 \pm 0.22$  to  $3.78 \pm 0.19$ , and in the right knee decreased from  $5.93 \pm 0.25$  to  $3.28 \pm 0.18$  ( $p = 0.05$ ). The knee range of motion, both in extension and flexion, significantly improved ( $p < 0.05$ ). Additionally, the EQ-5D-5L quality of life scores increased from  $0.57 \pm 0.13$  to  $0.97 \pm 0.04$ . In conclusion, Mahachak oil was found to be effective in reducing pain, improving knee joint mobility, and enhancing the quality of life in patients with early-stage knee osteoarthritis.

**Keywords:** Knee osteoarthritis, Mahachak oil, Knee pain, Quality of life

---

<sup>1</sup> Thai Traditional and Alternative Medicine Center, Health Region 8, Udon Thani

<sup>2</sup> Thai Traditional Medicine Program, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus.

\*Corresponding author e-mail: yeye\_yesung@hotmail.com

## บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข พบมากในเพศหญิงที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในคนไทย พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ มากกว่า 6 ล้านคนโดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่า<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบอัตราอุบัติการณ์ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 6-35<sup>2</sup> การที่ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการการทํากิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้นบันได ต้อง พึ่งพาผู้อื่น และเป็นภาระแก่ผู้ดูแล ส่งผลเสียจิตใจ อารมณ์ เช่น ทำให้หมดกำลังใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ข้อเข่าเสื่อมสาเหตุเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงผิวของกระดูกอ่อนผิวข้อตามกระบวนการสูงอายุของกระดูกอ่อนเอง ทำให้ผิวกระดูกอ่อนข้อเข่าแตกออกเป็นร่อง การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่ามี 2 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุที่เพิ่มมากขึ้น พบมาก ในเพศหญิง และ พันธุกรรม<sup>3</sup> และ ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การ บาดเจ็บของข้อเข่า อาชีพที่ต้องใช้ข้อเข่ามาก การใช้งานข้อเข่าผิดวิธี ซึ่งทำให้ข้อเข่าพับหรืองอมาก การนั่งขัดสมาธิคุกเข่า นั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบ รวมถึงภาวะอ้วนเข้ารับน้ำหนักมาก การทำงานด้วยท่าซ้ำๆ และยกของหนัก ด้วยอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง<sup>4</sup> และพบว่าผู้ใหญ่ที่เป็นข้อเข่าเสื่อมเกือบทั้งหมดจะมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน<sup>5</sup>

ข้อมูลจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีคนไทยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่า 6 ล้านคน และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพ<sup>6</sup> โดยในปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข มีประมาณ 21.8 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 3 ของประชากรไทย และมีอัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 อยู่ที่ 324.21 คน และ 365.98 คน ตามลำดับ<sup>7</sup> โดยจะพบว่าโรคกระดูกและข้อที่มีความสำคัญทางการแพทย์ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม ซึ่งพบว่าข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่า เนื่องจากต้องทำหน้าที่เคลื่อนไหว เป็นข้อที่มีขนาดใหญ่และต้องรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรง การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบันมุ่งเน้นที่การบรรเทาอาการปวด ช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่า เพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค ทำให้ข้อเข่ามีการทำงานได้ดีขึ้น หรือป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมี 3 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยการผ่าตัด<sup>8</sup> การรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาที่ไม่ใช้ยา เช่น การดูแลผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม การให้ความรู้ การควบคุมน้ำหนัก การนวด การทำกายภาพบำบัด<sup>9</sup> การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา<sup>10</sup> การออกกำลังกาย และการเดิน<sup>11</sup> เป็นต้น

ทางการแพทย์แผนไทย โรคข้อเข่าเสื่อมเทียบอาการได้กับโรคทางหัตถเวชกรรม คือ กลุ่มโรคลมจับโป่งเข้า หมายถึงภาวะที่เกิดกับข้อเข่า โดยจากการซักประวัติร่วมกับการตรวจร่างกายพบว่าเมื่อคลำข้อเข่า จะพบอาการบวม แดง ร้อนได้ อาจมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะอาการ การคลอนลูกสะบ้ามักจะพบว่าเคลื่อนไหวได้น้อยกว่า มีความฝืดมากกว่าหรือไม่เคลื่อนไหว การเขยื้อนข้อเข่าพบมีเสียงดัง



กรอบเกรบในข้อเข่า และอาจพบอาการต่อไปนี้ร่วมด้วยคือ สันเท้าข้างที่เป็นสัน เข่าโก่งสามารถนำฝ่ามือสอดเข้าไปได้ งอสันเท้าชิดกันข้อย่อยไม่ได้องศา งอสันเท้าแตะหัวตะคากไม่ได้องศา

การรักษากลุ่มโรคลมจับโปงเข่านั้น สามารถทำได้โดยการใช้ยาสมุนไพรกลุ่มร้อน<sup>12</sup> เช่น ยาสหัสธารา ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักจากสมุนไพร เป็นยาสมุนไพรตำรับที่มาจากโรงเรียนอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งมีสรรพคุณแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ลดอาการเกร็ง แก้เส้นกระด้างคางแข็ง มือชาเท้าชาได้<sup>13</sup> นอกจากนี้ น้ำมันมหาจักร ซึ่งเป็นยาตำรับที่ 78 ในตำราพระโอสถพระนารายณ์ที่หมอลหลวงปู่จันใช้ในราชสำนักมาไม่น้อยกว่า 360 ปี ก็สามารถนำมาใช้ในการรักษาอาการเหล่านี้ได้ โดยมีวิธีการเตรียมยาตามตำราโบราณ ดังนี้ “ว่าเอาน้ำมันงาทะนาคาหนึ่ง ด้วยทะนาคา 600 มะกรูดสด 30 ลูก แล้ว จึงเอาน้ำมันตั้งเพลิงขึ้น รุมเพลิงให้ร้อน เอาผิวมะกรูดใส่ลงให้เหลืองเกรียมดีแล้ว ยกลงกรองกากให้หมดเอาไว้ให้เย็น จึงเอาเทียนทั้ง 5 สิ่งละ 2 สลึง ดิปลิ 1 บาท การบูร 2 บาท บดจนละเอียดปรงลงในน้ำมันนั้น หยอนหู แก้ม แก้วริดสีดวง แก้วเปื่อยคัน ก็ได้ ทาเมื่อยขบก็ได้ ใส่บาดแผลเจ็บปวดเสี้ยนหนามหอกดาบก็ได้ หายแล แต่อย่าให้ถูกน้ำ 3 วัน มิเป็นบุญโพเลย”<sup>14</sup>

ดังนั้นเพื่อพัฒนาน้ำมันมหาจักรให้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี จึงทำการศึกษาประสิทธิผลของน้ำมันมหาจักร เพื่อนำมาใช้เป็นหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยันประสิทธิผลการรักษาในรูปแบบของน้ำมันสำหรับใช้ทาภายนอกในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ และเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้น้ำมันมหาจักร และศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อกลุ่มอื่นในระบบสุขภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลยาน้ำมันมหาจักรต่อการบรรเทาอาการปวดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น ต่อระดับอาการปวดเข่า และระดับองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในมุมงอ (Flexion) และมุมเหยียด (Extension)

2. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น ที่ได้รับยาน้ำมันมหาจักร

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าจากโรคลมจับโปงเข่า หรือโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น ที่มารับบริการ ณ ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่ามีอาการปวดเข่าจากโรคลมจับโปงเข่า (U5753 ข้อเข่าเสื่อม) ที่สอดคล้องกับอาการ

ตาม American College of Rheumatology<sup>15, 16</sup> และมารับการรักษา ณ ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน มกราคม ถึง กรกฎาคม 2567

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 46 คน จากเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการประเมิน Oxford knee score อยู่ระหว่าง 20-29 คะแนน อ่านออกเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยและมาตรฐานรักษาตามนัดได้ด้วยตนเอง และมีเกณฑ์การคัดออก คือ มีประวัติการแพ้สมุนไพรรักษา หรือเป็นโรคระบบผิวหนังที่ร้ายแรงทุกชนิด เช่น สะเก็ดเงิน ผื่นทั่วตัว งูสวัด เป็นต้น หรือมีประวัติเคยผ่าตัดข้อเข่าก่อนเข้าร่วมการวิจัย ภายในระยะเวลา 6 เดือน รวมถึงการได้รับการรักษาโรคข้อเข่าโดยวิธีอื่น ๆ เช่น การนวดรักษา ประคบสมุนไพร รับประทานยาแก้ปวด หรือฝังเข็ม ก่อนเข้าร่วมการวิจัย ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. การรักษาด้วยน้ำมันมหาจักร ที่ผลิตโดยศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี โดยหยดครั้งละ 20 หยด (หยดละ 1 มิลลิเมตร) บริเวณลูกสะบ้าเข่าของผู้ป่วย แล้วทวนวดคลึงตามเข็มนาฬิกา 10 รอบ (1 นาที) วันละ 1 ครั้ง ช่วงเช้าเวลาประมาณ 8.00-9.00 น. ต่อเนื่องทุกวัน เป็นเวลา 14 วัน ประเมินอาการปวด และองศาการเคลื่อนไหวของเข่าก่อนการรักษา และหลังการรักษาในวันที่ 7 และ 14

2. แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วย และส่วนที่ 2: แบบประเมินอาการผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ประกอบไปด้วย 1) แบบประเมินระดับอาการปวดด้วย Visual analog scale (VAS) มีระดับคะแนนความปวด 1-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด 2) แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวด้วย Range of Motion (ROM) และ 3) แบบประเมิน EQ-5D-5L<sup>17</sup> ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิต

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เลขที่ SWDCPH 2024-001 เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2567

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ด้วยโปรแกรม SPSS version 28

## ผลการวิจัย

## 1. ข้อมูลทั่วไป

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.10 มีอายุเฉลี่ย 63.78 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 28.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่น ๆ ได้แก่ พนักงานมหาวิทยาลัย พ่อบ้าน แม่บ้าน ผู้เกษียณอายุราชการ และว่างงาน ร้อยละ 39.20 กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 79.90 ไม่มีโรคประจำตัว ในส่วนของผู้มีโรคประจำตัว พบว่า ร้อยละ 13.4 เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 8.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และส่วนมากมีอาการปวดเข่าข้างขวามากกว่าข้างซ้าย ร้อยละ 63.04

## 2. ผลประเมินอาการเจ็บป่วย

## 2.1 ระดับอาการปวดเข่า

เมื่อพิจารณาด้วย Visual analog scale (VAS) ก่อนการรักษาและหลังการรักษา วันที่ 7 และ 14 พบว่า ก่อนการรักษา ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดเข่าข้างซ้ายเท่ากับ  $5.70 \pm 0.22$  คะแนน และข้างขวาเท่ากับ  $5.93 \pm 0.25$  คะแนน หลังการรักษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความปวดเข่าข้างซ้ายเท่ากับ  $3.78 \pm 0.19$  คะแนน และข้างขวาเท่ากับ  $3.28 \pm 0.18$  คะแนน ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดเข่าข้างซ้ายและข้างขวา หลังได้รับการรักษาลดลงกว่าก่อนรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของอาการปวดเข่า ก่อนและหลังการรักษาด้วยน้ำมันมหาจักร (n = 46)

| อาการปวดเข่า | คะแนนเฉลี่ยความปวด (mean ± SD) |              |             | p-value |
|--------------|--------------------------------|--------------|-------------|---------|
|              | ก่อนการรักษา                   | หลังการรักษา |             |         |
|              |                                | วันที่ 7     | วันที่ 14   |         |
| ข้างซ้าย     | 5.70 ± 0.22                    | 5.02 ± 0.19  | 3.78 ± 0.19 | .00*    |
| ข้างขวา      | 5.93 ± 0.25                    | 4.74 ± 0.19  | 3.28 ± 0.18 | .00*    |

\* $p < 0.05$

## 2.2 องศาการเคลื่อนไหวของเข่า

เมื่อพิจารณาองศาการเคลื่อนไหวของเข่า ก่อนและหลังการรักษาด้วยน้ำมันมหาจักร โดยการวัด Range of Motion (ROM) ได้แก่ การเหยียด (Extension) และงอข้อเข่า (Flexion) พบว่า ก่อนการรักษา ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวในท่าเหยียดของเข่าข้างซ้ายเท่ากับ  $12.26 \pm 0.19$  และเข่าข้างขวาเท่ากับ  $10.61 \pm 1.17$  เมื่อพิจารณาค่า ROM หลังการรักษา พบว่า ค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวท่าเหยียดของเข่าข้างซ้ายเท่ากับ  $15.96 \pm 1.26$  และเข่าข้างขวา เท่ากับ  $14.78 \pm 1.58$  ซึ่งค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวในท่าเหยียดของเข่าข้างซ้ายและขวา หลังการรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถเหยียดเข่าได้ดีขึ้นทั้งข้างซ้ายและขวา ถือเป็นการฟื้นฟูการทำงานของข้อเข่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยข้างขวามีแนวโน้มตอบสนองในท่าเหยียดดีกว่าข้างซ้ายเล็กน้อย

เมื่อเปรียบเทียบองศาการงอของเข่า (Flexion) พบว่า ก่อนการรักษาผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยองศาการงอของเข่าข้างซ้ายเท่ากับ  $110.02 \pm 1.77$  องศา และข้างขวา เท่ากับ  $117.24 \pm 1.55$  องศา หลังการรักษาด้วยน้ำมันมหาจักร พบว่า ค่าเฉลี่ยองศาการงอของเข่าข้างซ้ายเพิ่มขึ้นเป็น  $121.40 \pm 1.41$  องศา และข้างขวาเพิ่มขึ้นเป็น  $123.74 \pm 1.41$  องศา ซึ่งผู้ป่วยมีช่วงการเคลื่อนไหวในท่าองเข่าดีขึ้นทั้งสองข้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าการรักษาช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเข่าข้างซ้ายที่มีการพัฒนาในท่าองเข่าเด่นชัดกว่าข้างขวา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า Range of Motion (ROM) ก่อนและหลังการรักษา (n =46)

| การทดสอบ             | ค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (mean ± SD) |               |               | p-value |
|----------------------|--------------------------------------------------|---------------|---------------|---------|
|                      | ก่อนการรักษา                                     | หลังการรักษา  |               |         |
|                      |                                                  | วันที่ 7      | วันที่ 14     |         |
| <u>การเหยียดเข่า</u> |                                                  |               |               |         |
| ข้างซ้าย             | 12.26 ± 0.19                                     | 13.59 ± 1.20  | 15.96 ± 1.26  | .00*    |
| ข้างขวา              | 10.61 ± 1.17                                     | 12.89 ± 1.47  | 14.78 ± 1.58  | .00*    |
| <u>การงอเข่า</u>     |                                                  |               |               |         |
| ข้างซ้าย             | 110.02 ± 1.77                                    | 112.43 ± 1.69 | 121.40 ± 1.41 | .00*    |
| ข้างขวา              | 117.24 ± 1.55                                    | 119.41 ± 1.39 | 123.74 ± 1.41 | .00*    |

\* $p < 0.05$

### 2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในส่วนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น พบว่า ก่อนการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการเคลื่อนไหวในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.65) มีปัญหาในการดูแลตัวเองเล็กน้อย (ร้อยละ 47.83) มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.13) มีอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัวเล็กน้อย (ร้อยละ 58.70) และไม่มีความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (ร้อยละ 60.87) หลังรักษาด้วยน้ำมันมหาจักรเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 73.91) ไม่มีปัญหาในการดูแลตัวเอง (ร้อยละ 84.79) ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 100) ไม่มีอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (ร้อยละ 93.48) และไม่มีความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (ร้อยละ 100) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น พบว่า หลังการรักษาผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย และค่าอรรถประโยชน์ (Utility)<sup>18</sup> ตาม EQ-5D-5L ดีกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตทั้ง 5 ด้านของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น ก่อนและหลังการรักษาด้วยน้ำมันมะจก (n = 46)

| องค์ประกอบการประเมิน<br>EQ-5D-5L              | จำนวน (ร้อยละ) |                              |                              |
|-----------------------------------------------|----------------|------------------------------|------------------------------|
|                                               | ก่อนการรักษา   | หลังการรักษา<br>สัปดาห์ที่ 1 | หลังการรักษา<br>สัปดาห์ที่ 2 |
| <b>1. การเคลื่อนไหว</b>                       |                |                              |                              |
| ไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว                     | 0 (0.00)       | 1 (2.17)                     | 34 (73.91)                   |
| มีปัญหาในการเคลื่อนไหว เล็กน้อย               | 3 (6.52)       | 30 (65.22)                   | 12 (26.09)                   |
| มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ปานกลาง                | 21 (45.65)     | 15 (32.61)                   | 0 (0.00)                     |
| มีปัญหาในการเคลื่อนไหว อย่างมาก               | 15 (32.61)     | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |
| เคลื่อนไหวไม่ได้                              | 7 (15.22)      | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |
| <b>2. การดูแลตัวเอง</b>                       |                |                              |                              |
| ไม่มีปัญหาในการดูแลตัวเอง                     | 10 (21.74)     | 8 (17.40)                    | 39 (84.79)                   |
| มีปัญหาในการดูแลตัวเอง เล็กน้อย               | 22 (47.83)     | 24 (73.91)                   | 6 (13.04)                    |
| มีปัญหาในการดูแลตัวเอง ปานกลาง                | 13 (28.26)     | 3 (6.52)                     | 1 (2.17)                     |
| มีปัญหาในการดูแลตัวเอง อย่างมาก               | 1 (2.17)       | 1 (2.17)                     | 0 (0.00)                     |
| ดูแลตัวเองไม่ได้                              | 0 (0.00)       | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |
| <b>3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ</b>               |                |                              |                              |
| ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ        | 0 (0.00)       | 8 (17.39)                    | 46 (100.00)                  |
| มีปัญหาในการทำกิจกรรม เล็กน้อย                | 2 (4.35)       | 33 (71.74)                   | 0 (0.00)                     |
| มีปัญหาในการทำกิจกรรม ปานกลาง                 | 18 (39.13)     | 5 (10.87)                    | 0 (0.00)                     |
| มีปัญหาในการทำกิจกรรม อย่างมาก                | 17 (36.95)     | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |
| ทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้                 | 9 (19.57)      | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |
| <b>4. อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว</b>        |                |                              |                              |
| ไม่มีอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว             | 13 (28.26)     | 32 (69.56)                   | 43 (93.48)                   |
| มีอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว เล็กน้อย       | 27 (58.70)     | 12 (26.09)                   | 1 (2.17)                     |
| มีอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว ปานกลาง        | 6 (13.04)      | 2 (4.35)                     | 2 (4.35)                     |
| มีอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว อย่างมาก       | 0 (0.00)       | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |
| มีอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว อย่างมากที่สุด | 0 (0.00)       | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |
| <b>5. ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า</b>          |                |                              |                              |
| ไม่มีความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า               | 28 (60.87)     | 37 (80.43)                   | 46 (100.00)                  |
| มีความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า เล็กน้อย         | 13 (28.26)     | 9 (19.57)                    | 0 (0.00)                     |
| มีความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ปานกลาง          | 5 (10.87)      | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |
| มีความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า อย่างมาก         | 0 (0.00)       | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |
| มีความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า อย่างมากที่สุด   | 0 (0.00)       | 0 (0.00)                     | 0 (0.00)                     |

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และค่าอรรถประโยชน์ (Utility) ตาม EQ-5D-5L ก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้นด้วยน้ำมันมหาจักร (n = 46)

| คะแนน EQ-5D-5L  | ค่าเฉลี่ย (mean $\pm$ SD) |                  | p-value |
|-----------------|---------------------------|------------------|---------|
|                 | ก่อนการรักษา              | หลังการรักษา     |         |
| คุณภาพชีวิต     | 66.57 $\pm$ 1.88          | 83.54 $\pm$ 1.28 | .00*    |
| ค่าอรรถประโยชน์ | 0.57 $\pm$ 0.13           | 0.97 $\pm$ 0.04  | .00*    |

\*p-value < 0.05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการประเมินระดับอาการปวดตาม Visual analog scale (VAS) ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น ที่ได้รับน้ำมันมหาจักรในการรักษา จำนวน 46 คน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา แห่มบรรเทิง และคณะ<sup>19</sup> ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของตำรับน้ำมันมหาจักรกับ 1% ไคโคลฟีแนกเจล พบว่าน้ำมันมหาจักรสามารถลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคลมปลายปัตคาดสัญญาณ 4 หลังได้ นอกจากนี้งานวิจัยของ มนตร์ปาจริย์ณ ร้อยเอ็ด และคณะ<sup>20</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลเบื้องต้นของยาทาพระเส้นเพื่อลดอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคลมจับโปงแห้งเข้าทางการแพทย์แผนไทย พบว่ายาทาพระเส้นในตำรับ โอสถพระนารายณ์มีประสิทธิผลเบื้องต้นในการลดอาการปวดเข่าได้อย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของ สุภวรรณ ชัยประกายวรรณ และคณะ<sup>21</sup> ที่พบว่าการกักน้ำมันงาและน้ำมันตำรับขัดมอญสามารถบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางและผลการศึกษานี้ที่พบว่าการรักษาโดยใช้ยาทา หรือวิธีการทางการแพทย์แผนไทยช่วยลดอาการปวดข้อเข่าและสนับสนุนแนวคิดของคณะผู้วิจัยว่า การใช้การแพทย์แผนไทยและตำรับยาพื้นบ้านไทยสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดเข่า และเสริมสร้างการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ ตามหลักของการแพทย์แผนไทย อาการปวดข้อเข่าที่เกิดขึ้นเรื้อรังหรือเกิดจากลมและเสมหะจัดเป็นโรคลมจับโปงแห้ง หรือภาวะที่เส้นเอ็น ข้อ และกล้ามเนื้อมีความตึง ดัด ขาดความสมดุลของธาตุน้ำมันมหาจักร เป็นตำรับยาที่ใช้ภายนอกที่มีส่วนผสมของสมุนไพรที่มีรสร้อน ขับลม กระจายเลือดลม เช่น ไพล การบูร พิมเสน และน้ำมันงา ซึ่ง ช่วยแก้อาการปวด บวม ตึง ร้าว ขัดยอกตามข้อได้ดี โดยเฉพาะในกรณีที่เกิดจากลมเย็นหรือเลือดลมไหลเวียนติดขัด<sup>22</sup> สอดคล้องกับหลักธาตุสมดุลทางการแพทย์แผนไทยที่ระบุว่า การไหลเวียนของลมดี เลือดลมจะไม่อุดตัน อาการปวดจะบรรเทาได้<sup>23</sup> ซึ่งอธิบายผลการรักษาทางคลินิกที่พบในงานวิจัยนี้ คืออาการปวดมักเกิดจากลมกำเริบในเส้นหรือเลือดลมเดินไม่สะดวก การทายานวดที่มีฤทธิ์ร้อน และการใช้พืชสมุนไพรที่ช่วยขับลมในเส้น จะช่วยให้เลือดลมไหลเวียนดี ลดการอุดตันในเส้นเอ็น ส่งผลให้ความปวดลดลง ผลการศึกษานี้ที่พบว่าอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จึงสอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์แผนไทยที่เน้นการปรับสมดุลลมและเลือดในร่างกาย การที่ผู้ป่วยเหยียดหรืองอเข่าได้น้อยถือว่าเป็นภาวะของเส้นยึด เส้นตึง หรือ เส้นติด ซึ่งเกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อและเอ็นที่ถูกพลังลมกดทับ

หรือสะสมสะสมหะไว้ น้ำมันมหาจักรเมื่อใช้ร่วมกับการนวดเบา ๆ หรือการประคบร้อน จะช่วยคลายเส้น ขั้วของเสีย และช่วยให้ข้อเคลื่อนไหวนดีขึ้น

นอกจากนี้การประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า Range of Motion (ROM) ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้นที่ได้รับน้ำมันมหาจักร พบว่ามีองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยา ชันทอง และคณะ<sup>24</sup> ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของตำรับยาทาพระเส้นระหว่างการใช้น้ำกระสายยาน้ำสุรา และน้ำส้มสายชูต่อการรักษาโรคลมจับโปงแห้งเข่าที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และพบว่ามีประสิทธิภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานข้อเข่ารวมทั้งเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ มนตร์ปาจิรัช ธีรียเอ็ด และคณะ<sup>20</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลเบื้องต้นของยาทาพระเส้นเพื่อลดอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคลมจับโปงแห้งเข่า ผลการศึกษาพบว่า ยาทาพระเส้นทำให้องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ใช้น้ำมันมหาจักรในการบรรเทาอาการปวดและเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ซึ่งจากการวิเคราะห์เชิงตำรายาไทย พบว่าน้ำมันมหาจักรมีส่วนประกอบสำคัญ ได้แก่ ไพล การบูร น้ำมันระกำ และพิมเสน ซึ่งเป็นสมุนไพรที่มีฤทธิ์แก้ปวด ลดการอักเสบ และบรรเทาอาการฟกช้ำเคล็ดขัดยอก ทั้งนี้ หากพิจารณาเปรียบเทียบกับตำรับยาทาพระเส้นซึ่งเป็นยาทาภายนอกที่มีการใช้แพร่หลายในงานบริการการแพทย์แผนไทย พบว่ามีองค์ประกอบสมุนไพรหลักที่ใกล้เคียงกัน เช่น ไพล การบูร น้ำมันระกำ และพิมเสนเช่นเดียวกัน น้ำมันมหาจักรจึงสามารถเทียบเคียงกับยาทาพระเส้นในด้านข้อบ่งใช้ทางคลินิกได้ โดยทั้งสองตำรับจัดอยู่ในกลุ่มยาที่ใช้สำหรับ บรรเทาอาการปวด บวม ฟกช้ำ และเคล็ดขัดยอก สอดคล้องกับการบรรจุ น้ำมันไพล ในบัญชียาหลักแห่งชาติ<sup>25</sup> ซึ่งรับรองให้ใช้ใน กลุ่มอาการดังกล่าว และยังมีรายงานการศึกษาทางคลินิกที่สนับสนุนว่าเจลไพลและน้ำมันไพลสามารถลดอาการปวดและบวมได้ผลดีใกล้เคียงกับยาตะวันตก เช่น Diclofenac gel<sup>19</sup>

เมื่อพิจารณาผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น ที่ได้รับน้ำมันมหาจักร พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคุณภาพชีวิตทางการแพทย์แผนไทยมองผู้ป่วยแบบองค์รวม กล่าวคือ การฟื้นฟู ภาย ใจ และจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นประสิทธิผลของน้ำมันมหาจักรในการลดอาการปวดเข่าและเพิ่มการเคลื่อนไหวของเข่าในผู้ป่วย ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ตามหลักการแพทย์แผนไทยที่เชื่อว่าเมื่อธาตุสมดุล ภายใจจะผ่องใส โรคจะเบาบางลงได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนชัย รินไชย<sup>26</sup> ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลบรีอ และพบว่าระดับการปวดข้อเข่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## เอกสารอ้างอิง

1. ชวิศ เมธาบุตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(2): 2565: 969-985..
2. สิทธิรัตน์ สุภิสุทธิ์, ญัญญิญา คำพล. ต้นทุนความเจ็บป่วยและผลลัพธ์การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 16: 99-111.
3. สุวรรณ ศรีอยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เฟื่องทอง, พุสดี สระทอง. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(2): 197-210.
4. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568] เข้าถึงได้จาก: [https://thairheumatology.org/phocadownload/36/Guideline\\_003.pdf](https://thairheumatology.org/phocadownload/36/Guideline_003.pdf).
5. กฤษณมกล สิทธิกุล. น้ำหนักตัวกับปัญหาข้อเข่า [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัทสมิติเวช จำกัด (มหาชน); 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/body-weight-knee-pain>.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ‘สิทธิบัตรทอง’ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าฟรี ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ‘ใช้ชีวิตปกติ-ประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม’ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568] เข้าถึงได้จาก: [https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News\\_3864](https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_3864).
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (21 กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568] เข้าถึงได้จาก: [https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/01/ill\\_2023\\_full\\_30012567.pdf](https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/01/ill_2023_full_30012567.pdf).
8. นัทพันธุ์ ศิริวิเชียร. การเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบมาตรฐานกับการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยผ่าตัดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมแบบโก่งงอเข่าด้านใน. วารสารแพทย์เขต 4-5 2566; 42(2): 225-235.
9. Barber T. Physiotherapy and knee osteoarthritis. BC Med J 2024; 66(5): 165-170.
10. Nguyen C, Lefevre-Colau M-M, Poiraudeau S, Rannou F. Rehabilitation (exercise and strength training) and osteoarthritis: a critical narrative review. Ann Phys Rehabil Med 2016; 59: 22-26.
11. O'Connor SR, Tully MA, Ryan B, Bleakley CM, Baxter GD, Bradley JM, et al. Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil 2015; 96(4): 724-734.e3.



12. ศศิพิสุทธิ์ หงษ์สมบัติ, ภัทรพล อุดมลาภ, ปรางทอง ชนิพันธ์. การศึกษาประสิทธิผลของการใช้ตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์ร้อน ในการรักษาโรคลมจับโปงแห้งเข่า. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2023; 9(4): 69-79.
13. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568] เข้าถึงได้จาก: <https://herbal.fda.moph.go.th/drug-list/category/ann-drug01>.
14. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ฉบับโบราณ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568] เข้าถึงได้จาก: [https://indi.dtam.moph.go.th/index.php?option=com\\_content&view=article&id=609:narail&catid=20&Itemid=139](https://indi.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=609:narail&catid=20&Itemid=139).
15. American College of Rheumatology. Osteoarthritis Guideline [Internet]. Chicago: American College of Rheumatology; 2019 [cited 2024 September 20]. Available from: <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>.
16. Carlos JL. Osteoarthritis Guidelines [Internet]. Miami: University of Miami; 2024 [cited 2024 September 20]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/330487-guidelines?form=fpf>.
17. จันทนา พัฒนเกสัช. แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568] เข้าถึงได้จาก: <https://share.google/01sKyIwIzeQ2cOrDv>.
18. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2015.
19. Raembanthoeng C, Fakkham S, Chinakarn T, Imsomboon T. A Comparison of Efficacy of Mahajak Oil and 1% Diclofenac Gel Relieves Pain in Patients with Myofascial Pain Syndrome. J Tradit Thai Med Res 2022; 8: 28-40.
20. มนตร์ปาจริย ธีรชัย, พาสินี บัวกุม, เพ็ญพิมล จิตรวุฒิวาสัน, อุไรลักษณ์ วันทอง. ประสิทธิภาพเบื้องต้นของยาทาพระเส้นเพื่อลดอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคลมจับโปงแห้งเข่าทางการแพทย์แผนไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2019; 17(2): 290-302.
21. ศุภวรรณ ชัยประกายวรรณ, ธวัชชัย กมลธรรม, ศุภลักษณ์ พักคำ, สรรใจ แสงวิเชียร. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยในการกัณน้ำมันงาและน้ำมันตำรับขมิ้นในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารหมอไทยวิจัย 2563; 8(2): 16-25.

22. จูติรัตน์ ชัยชนะ, วนิษา ปันฟ้า, ยิ่งยง เทาประเสริฐ, ศิวพงษ์ ต้นสุวรรณวงศ์. การศึกษาและติดตามผลการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้นด้วยการแพทย์แผนไทย. วารสารหมอยาไทยวิชัย 2563; 6(1): 16-26.
23. สุรชาติพยมหาเจริญศิริ แว, อรุษา ธรรมเสริมสร้าง, ประวิทย์ อัครเสรินนท์, ทวี เลหาพันธ์. การพัฒนาแบบประเมินเพื่อการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมปฏิกิริยาทางกาย การแพทย์แผนไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568] เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/97665>.
24. กิตติยา ชันทอง, ศุภะลักษณ์ พักคำ, ยงยุทธ วัชรกุล, ชารา ชินะกาญจน์, ธนวรรษ อัมสมบุญ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของตำรับยาทาพระเส้นระหว่างการใช้ยากระสายยาน้ำสุราและน้ำส้มสายชูต่อการรักษาโรคลมจับโปงแห้งเข้าที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. วารสารหมอยาไทยวิชัย 2565; 10(1):14-25.
25. Yamkeep R, Nakha B. Restoration of Tamra Phra Osot Phra Narai for integrative promotion and studying of arts and culture. J Soc Sci Cult 2023; 13(1): 38-54.
26. ธนชัย รินไธสง. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลบรบือ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564; 5(1): 13-26.

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

พัชร์จิรา ไม้ทอง<sup>1</sup> สุนิสา จันทร์แสง<sup>2\*</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม จำนวน 272 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครอง ( $p < 0.05$ ) อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ( $p < 0.05$ ) การเข้ารับบริการทันตกรรม ( $p < 0.01$ ) นโยบายการป้องกันฟันผุของโรงเรียน ( $p < 0.01$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันฟันผุจากครอบครัว คุณครู เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร และการชักชวนจากเพื่อน ( $p < 0.01$ ) ส่วนเพศ น้ำหนัก อาชีพ และการศึกษาของผู้ปกครอง เงินที่ได้รับต่อวัน รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ และทัศนคติต่อการป้องกันโรคฟันผุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ดังนั้นควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและเพื่อนในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการจัดกิจกรรมร่วมกันและให้ข้อมูลการป้องกันฟันผุในครอบครัว อีกทั้งควรพัฒนาการฝึกอบรมให้กับครู เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน

**คำสำคัญ:** นักเรียนชั้นประถมศึกษา, พฤติกรรม, ปัจจัย, การป้องกันโรคฟันผุ

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*ผู้ประพันธ์บทความ e-mail: sunisa@phcsuphan.ac.th

**Factors related to dental caries prevention behaviors of grade 6 students in  
Bang Len District, Nakhon Pathom Province**

Pakjira Maithong<sup>1</sup> Sunisa Chansaeng<sup>2\*</sup>

**Abstract**

This descriptive cross-sectional study aimed to examine the dental caries prevention behavior and the factors associated with it among grade 6 students in Bang Len District, Nakhon Pathom Province. The sample included 272 grade 6 students in Bang Len District. Data were collected through questionnaire and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as the chi-square test to explore relationships between personal factors, enabling factors, reinforcing factors, and dental caries prevention behaviors.

The results showed that students' dental caries prevention behavior was at a moderate level (50.7%). Factors significantly associated with dental caries prevention behaviors included parental income ( $p < 0.05$ ), oral hygiene equipment ( $p < 0.05$ ), dental service utilization ( $p < 0.01$ ), the school's policies for dental caries prevention ( $p < 0.01$ ), and social support for dental caries prevention from family, teachers, dental personnel, and peer encouragement ( $p < 0.01$ ). Gender, body weight, living arrangements, parental occupation, parental education, daily allowance, food preferences, knowledge about dental caries, and attitudes toward dental caries prevention were not associated with dental caries prevention behaviors. Therefore, family and peer involvement in oral health care should be encouraged by organizing joint activities and providing dental caries prevention information to the family. Additionally, ongoing training programs for teachers should be developed to enhance their knowledge and skills in promoting oral health in schools.

**Keywords:** Primary school students, Behaviors, Factors, Dental caries prevention

---

<sup>1</sup> Student, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health Suphan Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> Sirindhorn College of Public Health Suphan Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

\*Corresponding author e-mail: sunisa@phcsuphan.ac.th

## บทนำ

โรคฟันผุเป็นโรคที่มีปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน เช่น การแปรงฟัน การใช้ยาสีฟัน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ขนบกักรบรอบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล และการขาดการเข้ารับบริการทันตกรรม เป็นต้น<sup>1</sup> โรคฟันผุส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็กวัยเรียน ฟันที่ผุเมื่อถูกถอนออก มักส่งผลให้เด็กออกเสียงได้ไม่ชัดเจน รวมถึงมีปัญหาการบดเคี้ยว<sup>2</sup> เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตในสังคมจากการใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากวัยนี้สามารถเลือกและตัดสินใจโดยอิสระในการบริโภคอาหาร เช่น น้ำอัดลม ขนบกักรบรอบ ขนมหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคฟันผุ ปัญหาช่องปากที่สำคัญในเด็กวัยเรียน ได้แก่ โรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเชิงลบเป็นอย่างมาก<sup>3</sup> หากมีการป้องกัน หรือการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพช่องปากจะช่วยลดปัญหาการเกิดโรคฟันผุลงได้

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีการสร้างนโยบายส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี โดยมีตัวชี้วัด คือ ร้อยละ 73 ของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ มีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน วัยรุ่น และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างเป็นระบบในโรงเรียน<sup>4</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2566 ได้มีการเฝ้าระวังทันตสุขภาพของแต่ละอำเภอ โดยเฉพาะในเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งอำเภอบางเลนมีเด็กอายุ 12 ปีทั้งหมด 927 คน มีฟันผุในฟันแท้ ร้อยละ 33.8 มีแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ผลสำรวจสุขภาพช่องปากของอำเภอบางเลนปี พ.ศ. 2567 พบว่า เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคของหวาน/ขนม/ลูกอม เพิ่มมากขึ้น และพบว่ามีเด็กฟันผุเพิ่มมากขึ้นทุกภาคการศึกษา<sup>5</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุในเด็กนักเรียน เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อต่าง ๆ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเข้ารับบริการทางทันตกรรม มาตรการหรือนโยบายต่าง ๆ ภายในโรงเรียน แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเอง มีผลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก<sup>6</sup> ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบจำลอง PRECEDE PROCEED มาใช้เป็นแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย<sup>8</sup> คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก โดยเริ่มจากการหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี หรือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อนำมาประเมินสาเหตุของพฤติกรรมและวิเคราะห์สภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคฟันผุของเด็กนักเรียน เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากนักเรียนและเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ปีการศึกษา 2567 แบ่งตามสำนักงานคณะกรรมการเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 2 มีจำนวนโรงเรียนทั้งหมด 46 แห่ง จำนวน 927 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม ถึง 31 สิงหาคม 2568

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie และ Morgan<sup>9</sup> คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยจับฉลากเลือกโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 โรงเรียน จาก 46 โรงเรียนแบบไม่ใส่คืนแล้วเทียบสัดส่วนเพื่อหาจำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงเรียน จากนั้นสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลาก ตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงเรียน จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 272 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ เป็นนักเรียนที่ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การได้ยิน การมองเห็น และความจำ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ โดยนักเรียนและผู้ปกครองยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออกคือ นักเรียนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วน หรือขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย อาชีพหลัก ผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง จำนวนเงินที่นำมาโรงเรียน รับประทานอาหารที่ชอบรับประทาน และช่วงเวลาในการแปรงฟัน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจากตัวเลือกที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom<sup>10</sup> ดังนี้ คะแนนรวม 0 - 4 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุในระดับต่ำ คะแนนรวม 5 - 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุในระดับปานกลาง และคะแนนรวม 10 - 14 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุในระดับสูง

ทัศนคติต่อการเกิดโรคฟันผุ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวกเห็นด้วยเท่ากับ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบเห็นด้วยเท่ากับ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินผลเป็น 3 ระดับ ตามการกำหนดช่วงของ Best<sup>11</sup> ดังนี้ ค่าเฉลี่ยในช่วง 1.00 – 1.66 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยในช่วง 1.67 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยในช่วง 2.34 – 3.00 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 5 ข้อ และ นโยบายการป้องกันฟันผุของโรงเรียน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มี/ไม่มี โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบมี ได้ 1 คะแนน ตอบไม่มี ได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม 0 – 1 คะแนน หมายถึง ขาดอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก หรือขาดนโยบายการป้องกันฟันผุ คะแนนรวม 2 – 3 คะแนน หมายถึง มีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากบางส่วน หรือมีนโยบายการป้องกันฟันผุบางข้อ และคะแนนรวม 4 – 5 คะแนน หมายถึง มีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากครบถ้วน หรือมีนโยบายการป้องกันฟันผุที่ดี

การเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ได้รับมาก (5 – 7 วัน/สัปดาห์) ได้รับบางครั้ง (1 – 4 วัน/สัปดาห์) และไม่เคยได้รับเลย (0 วัน/สัปดาห์) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของ Best<sup>11</sup> ดังนี้ ค่าเฉลี่ยในช่วง 1.00 – 1.66 คะแนน หมายถึง มีการเข้ารับบริการทันตกรรมอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยในช่วง 1.67 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีการเข้ารับบริการทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และ ค่าเฉลี่ยในช่วง 2.34 – 3.00 คะแนน คือ มีการเข้ารับบริการทันตกรรมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนในการป้องกันฟันผุของครอบครัว จำนวน 6 ข้อ คุณครู จำนวน 6 ข้อ เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร จำนวน 6 ข้อ และการชักชวนจากเพื่อน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์กำหนดช่วงการแบ่งระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของ Best<sup>11</sup> ดังนี้ ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 – 1.66 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยในช่วง 1.67 – 2.33 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยในช่วง 2.34 – 3.00 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ โดย 1 หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอหรือปฏิบัติทุกครั้ง (5 – 7 วัน/สัปดาห์) 2 หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (1 – 4 วัน/สัปดาห์) และ 1 หมายถึง ไม่เคยมีการปฏิบัติเลย (0 วัน/สัปดาห์) โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลโดยการจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 – 1.66 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยในช่วง 1.67 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันระดับปานกลาง และ ค่าเฉลี่ยในช่วง 2.34 – 3.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำไปใช้นำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของเนื้อหา (CVI) โดยได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนในโรงเรียน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่สอดคล้องต่อการป้องกันโรคฟันผุ อุปกรณ์ในการทำมาสะอาดช่องปาก การเข้ารับบริการทันตกรรม นโยบายการป้องกันโรคฟันผุของโรงเรียน แรงสนับสนุนจากครอบครัว คุณครู เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร การชักชวนจากเพื่อนในการป้องกันโรคฟันผุ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุ เท่ากับ 0.73, 0.70, 0.71, 0.70, 0.81, 0.75, 0.89, 0.88, 0.74 ตามลำดับ และความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ มีค่า Kr 20 เท่ากับ 0.71

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตและนัดวันเก็บข้อมูลกับทางโรงเรียน และผู้ปกครอง ผู้วิจัยได้แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และเนื้อหาของการวิจัยครั้งนี้ และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 – 20 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ แล้วนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่โครงการ PHCSP 2568 – 043 วันที่ 14 กรกฎาคม 2568

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล บัณฑิต บัณฑิต บัณฑิต บัณฑิต และพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุ โดยใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

### ผลการวิจัย

#### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 272 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 159 คน (ร้อยละ 58.5) มีภาวะอ้วน จำนวน 122 คน (ร้อยละ 44.9) รองลงมา คือน้ำหนักสมส่วน จำนวน 121 คน (ร้อยละ 44.5) ตามลำดับ เด็กนักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 192 คน (ร้อยละ 70.6) ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 163 คน (ร้อยละ 59.9) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 83 คน (ร้อยละ 30.5) รองลงมา คือ ระดับชั้น



ประณมศึกษาตอนปลายจำนวน 54 คน (ร้อยละ 19.9) รายได้ส่วนใหญ่ของผู้ปกครองคือ 6,000–9,000 บาท จำนวน 124 คน (ร้อยละ 45.6) เด็กนักเรียนส่วนใหญ่ได้รับเงินมาโรงเรียนน้อยกว่า 50 บาท จำนวน 223 คน (ร้อยละ 82) รสชาติของอาหารที่ชอบรับประทานส่วนใหญ่คือ ทูกรส จำนวน 164 คน (ร้อยละ 60.3) และช่วงเวลาในการแปรงฟันส่วนใหญ่คือ แปรงฟันเช้า - เย็น จำนวน 202 คน (ร้อยละ 74.3)

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 ปัจจัยนำ

ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีจำนวน 207 คน (ร้อยละ 76.1) ระดับปานกลางจำนวน 61 คน (ร้อยละ 22.4) และระดับต่ำจำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.5) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง จำนวน 232 คน (ร้อยละ 85.3) และมีทัศนคติปานกลางจำนวน 40 คน (ร้อยละ 14.7) ตามลำดับ

### 2.2 ปัจจัยเอื้อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากในระดับครบถ้วนจำนวน 233 คน (ร้อยละ 85.7) และมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากในระดับบางส่วนจำนวน 39 คน (ร้อยละ 14.3) การเข้ารับบริการทันตกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้ารับบริการทันตกรรมได้บางครั้งจำนวน 119 คน (ร้อยละ 43.8) รองลงมาคือ สามารถเข้ารับบริการทันตกรรมได้ประจำจำนวน 101 คน (ร้อยละ 37.1) และสามารถเข้ารับบริการได้ยากจำนวน 52 คน (ร้อยละ 19.1) ตามลำดับ สำหรับนโยบายการป้องกันฟันผุของโรงเรียน พบว่า อยู่ในระดับดีจำนวน 180 คน (ร้อยละ 66.2) รองลงมาคือ ในระดับปานกลางจำนวน 90 คน (ร้อยละ 33.1) และไม่มีนโยบายการป้องกันฟันผุของโรงเรียนจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ

### 2.3 ปัจจัยเสริม

แรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูงจำนวน 141 คน (ร้อยละ 51.8) รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 112 คน (ร้อยละ 41.2) และระดับต่ำจำนวน 19 คน (ร้อยละ 7.0) ตามลำดับ แรงสนับสนุนจากคุณครู พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนจากคุณครูอยู่ในระดับสูงจำนวน 142 คน (ร้อยละ 52.2) รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 107 คน (ร้อยละ 39.3) และระดับต่ำจำนวน 23 คน (ร้อยละ 8.5) ตามลำดับ สำหรับการชักชวนจากเพื่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการชักชวนจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 129 คน (ร้อยละ 47.4) รองลงมาคือ ระดับต่ำจำนวน 95 คน (ร้อยละ 34.9) และระดับสูงจำนวน 48 คน (ร้อยละ 17.6) ตามลำดับ

## 3. พฤติกรรมการป้องกันฟันผุ

พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 138 คน (ร้อยละ 50.7) รองลงมาคืออยู่ในระดับสูงจำนวน 117 คน (ร้อยละ 43.0) และอยู่ในระดับต่ำจำนวน 17 คน (ร้อยละ 6.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ (n = 272)

| ระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ                             | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------------------|-------|--------|
| ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00)                               | 117   | 43.0   |
| ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33)                           | 138   | 50.7   |
| ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66)                               | 17    | 6.3    |
| ( $\bar{X}$ = 2.3676, S.D. = 0.59900, Min = 1.00, Max = 3.00 ) |       |        |

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุพบว่า รายได้ของผู้ปกครอง อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก การเข้ารับบริการทันตกรรม นโยบายการป้องกันฟันผุของโรงเรียน แรงสนับสนุนในการป้องกันฟันผุจากครอบครัว คุณครู เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร และการชักชวนจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนเพศ น้ำหนักผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย อาชีพของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง เงินที่นำมาโรงเรียน รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ และทัศนคติต่อการป้องกันโรคฟันผุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ (n = 272)

| ปัจจัย                        | พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ |                           | df | $\chi^2$ | p-value |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|----|----------|---------|
|                               | สูง                        | ต่ำ – ปานกลาง             |    |          |         |
|                               | จำนวน (ร้อยละ)<br>n = 117  | จำนวน (ร้อยละ)<br>n = 155 |    |          |         |
| เพศ                           |                            |                           | 1  | .010     | .922    |
| ชาย                           | 49 (43.4)                  | 64 (56.6)                 |    |          |         |
| หญิง                          | 68 (42.8)                  | 91 (57.2)                 |    |          |         |
| น้ำหนัก (กิโลกรัม)            |                            |                           | 2  | 3.651    | .161    |
| ผอม (< 28.5 กิโลกรัม)         | 8 (27.6)                   | 21 (72.4)                 |    |          |         |
| สมส่วน (28.5 – 43.5 กิโลกรัม) | 57 (47.1)                  | 64 (52.9)                 |    |          |         |
| อ้วน (> 43.5 กิโลกรัม)        | 52 (42.6)                  | 70 (57.4)                 |    |          |         |
| อาศัยอยู่กับใคร               |                            |                           | 1  | .484     | .487    |
| พ่อ/แม่                       | 80 (41.7)                  | 112 (58.3)                |    |          |         |
| อาศัยอยู่กับผู้อื่น           | 37 (46.3)                  | 43 (53.8)                 |    |          |         |
| อาชีพของผู้ปกครอง             |                            |                           | 3  | 4.062    | .255    |
| รับจ้าง                       | 83 (42.3)                  | 113 (57.7)                |    |          |         |
| อื่น ๆ                        | 34 (44.7)                  | 42 (55.3)                 |    |          |         |

| ปัจจัย                          | พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ |                           | df | $\chi^2$ | p-value           |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|----|----------|-------------------|
|                                 | สูง                        | ต่ำ – ปานกลาง             |    |          |                   |
|                                 | จำนวน (ร้อยละ)<br>n = 117  | จำนวน (ร้อยละ)<br>n = 155 |    |          |                   |
| การศึกษาของผู้ปกครอง            |                            |                           | 2  | 2.289    | .318              |
| ประถมศึกษาตอนต้น/ปลาย           | 33 (39.8)                  | 50 (60.2)                 |    |          |                   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น/ปลาย           | 63 (42.0)                  | 87 (58.0)                 |    |          |                   |
| ปริญญาตรี/โท                    | 21 (53.8)                  | 18 (46.2)                 |    |          |                   |
| รายได้ของผู้ปกครอง              |                            |                           | 3  | 10.142   | .017*             |
| น้อยกว่า 3,000 บาท              | 12 (35.3)                  | 22 (64.7)                 |    |          |                   |
| ระหว่าง 3,001 – 6,000 บาท       | 14 (27.5)                  | 37 (72.5)                 |    |          |                   |
| ระหว่าง 6,001 – 9,000 บาท       | 56 (45.2)                  | 68 (54.8)                 |    |          |                   |
| มากกว่า 9,001 บาท ขึ้นไป        | 35 (55.6)                  | 28 (44.4)                 |    |          |                   |
| เงินที่นำมาโรงเรียน             |                            |                           | 1  | 2.461    | .117              |
| น้อยกว่า 50 บาท                 | 91 (40.8)                  | 132 (59.2)                |    |          |                   |
| มากกว่า 50 บาทขึ้นไป            | 26 (53.1)                  | 23 (46.9)                 |    |          |                   |
| รสชาติอาหารที่รับประทาน         |                            |                           | 4  | 6.974    | .137 <sup>a</sup> |
| รสกลาง (เปรี้ยว หวาน เค็ม เผ็ด) | 56 (51.9)                  | 52 (48.1)                 |    |          |                   |
| รสจัด (ไม่ชอบรสชาติใดเป็นพิเศษ) | 99 (60.4)                  | 65 (39.6)                 |    |          |                   |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ        |                            |                           | 1  | .000     | 1.000             |
| ระดับดี                         | 89 (43.0)                  | 118 (57.0)                |    |          |                   |
| ระดับปานกลาง – ต่ำ              | 37 (56.9)                  | 28 (43.1)                 |    |          |                   |
| ทัศนคติต่อการป้องกันโรคฟันผุ    |                            |                           | 1  | 1.721    | .227              |
| ระดับสูง                        | 96 (41.4)                  | 136 (58.6)                |    |          |                   |
| ระดับปานกลาง – ต่ำ              | 21 (52.5)                  | 19 (47.5)                 |    |          |                   |
| อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก       |                            |                           | 1  | 6.177    | .013*             |
| มีอุปกรณ์ครบถ้วน                | 107 (45.9)                 | 126 (54.1)                |    |          |                   |
| มีอุปกรณ์บางส่วน                | 10 (25.6)                  | 29 (74.4)                 |    |          |                   |
| การเข้ารับบริการทันตกรรม        |                            |                           | 2  | 15.363   | .0001*            |
| สามารถเข้ารับบริการได้ดี        | 58 (57.4)                  | 43 (42.6)                 |    |          |                   |
| สามารถเข้ารับบริการได้ปานกลาง   | 45 (37.8)                  | 74 (62.2)                 |    |          |                   |
| สามารถเข้ารับบริการได้มาก       | 14 (26.9)                  | 38 (73.1)                 |    |          |                   |
| นโยบายป้องกันฟันผุของโรงเรียน   |                            |                           | 1  | 6.177    | .015*             |
| มีนโยบายครบทุกข้อ               | 3 (15.8)                   | 16 (84.2)                 |    |          |                   |
| มีนโยบายบางข้อ                  | 114 (45.1)                 | 139 (54.9)                |    |          |                   |

| ปัจจัย                              | พฤติกรรมกำรป้องกันโรคฟันผุ |                | df | χ <sup>2</sup> | p-value |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------|----|----------------|---------|
|                                     | สูง                        | ต่ำ – ปำนกลาง  |    |                |         |
|                                     | จำนวน (ร้อยละ)             | จำนวน (ร้อยละ) |    |                |         |
|                                     | n = 117                    | n = 155        |    |                |         |
| แรงสนับสนุนจากครอบครัว              |                            |                |    |                |         |
| ระดับสูง                            | 85 (60.3)                  | 56 (39.7)      | 2  | 38.948         | .0001*  |
| ระดับปานกลาง                        | 31 (27.7)                  | 81 (72.3)      |    |                |         |
| ระดับต่ำ                            | 1 (5.3)                    | 18 (94.7)      |    |                |         |
| แรงสนับสนุนจากคุณครู                |                            |                |    |                |         |
| ระดับสูง                            | 85 (59.9)                  | 57 (40.1)      | 2  | 34.416         | .0001*  |
| ระดับปานกลาง                        | 26 (24.3)                  | 81 (75.7)      |    |                |         |
| ระดับต่ำ                            | 6 (26.1)                   | 17 (73.9)      |    |                |         |
| แรงสนับสนุนจากทันตบุคลากร           |                            |                |    |                |         |
| ระดับสูง                            | 92 (56.8)                  | 70 (43.2)      | 2  | 31.243         | .0001*  |
| ระดับปานกลาง                        | 21 (23.9)                  | 67 (76.1)      |    |                |         |
| ระดับต่ำ                            | 4 (18.2)                   | 18 (81.8)      |    |                |         |
| การชักชวนจากเพื่อนในการป้องกันฟันผุ |                            |                |    |                |         |
| ระดับสูง                            | 41 (85.4)                  | 7 (27.4)       | 2  | 62.399         | .0001*  |
| ระดับปานกลาง                        | 60 (46.5)                  | 69 (53.5)      |    |                |         |
| ระดับต่ำ                            | 16 (40.9)                  | 79 (83.2)      |    |                |         |

\*p-value &lt; 0.05

(a) สถิติ Fisher's Exact Test

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเด็กนักเรียนสามารถเลือก หรือตัดสินใจในการปฏิบัติของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น สามารถตัดสินใจได้ว่าควรรับประทานอาหารแบบใด เพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่านักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>6</sup> และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าพฤติกรรมและทักษะการแปรงฟัน ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปาก<sup>12</sup>

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครอง สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ เนื่องจากรายได้ของผู้ปกครองเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนได้ เช่น การซื้อแปรงสีฟันที่ดีและเหมาะสมในการแปรงฟันของเด็ก หรือการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมซึ่งมีค่าใช้จ่าย เพื่อสนับสนุนให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช นามพิกุล และณัฐวุฒิ พูลทอง<sup>13</sup> ที่พบว่ารายได้ครอบครัวยังไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ

ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ในขณะที่เพศ น้ำหนัก ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย อาชีพของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง เงินที่นำมาโรงเรียน และรสชาติอาหารที่รับประทานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ และทัศนคติต่อการป้องกันโรคฟันผุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับความรู้ และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปาก<sup>12</sup> อาจอธิบายได้ว่าแม้เด็กส่วนใหญ่จะมีความรู้ในระดับดีเกี่ยวกับโรคฟันผุ แต่การเปลี่ยนความรู้ให้กลายเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืนจำเป็นต้องมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย<sup>14</sup>

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคทำความสะอาดช่องปาก การเข้ารับบริการทันตกรรม และนโยบายการป้องกันโรคฟันผุของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ เนื่องจากการมีนโยบายดังกล่าว สามารถช่วยให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรทำความสะอาดช่องปากที่มีประสิทธิภาพได้<sup>12</sup> นอกจากนี้ การเข้ารับบริการทันตกรรมที่เข้าถึงได้ง่าย ทำให้ผู้ปกครองสามารถดูแลช่องปากเด็กได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งหากขาดสิ่งเหล่านี้จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุได้ จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอุปสรรคทำความสะอาดช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันของนักเรียน<sup>7</sup> แต่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มาตรการส่งเสริมกิจกรรมการแปรงฟันในโรงเรียนมีความสัมพันธ์ต่อค่าเฉลี่ย ฟันผุถอนอุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>15</sup>

ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนในการป้องกันฟันผุจากครอบครัว/ คุณครู/ เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร และการชักชวนจากเพื่อนในการป้องกันโรคฟันผุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ซึ่งบุคคลรอบข้างเป็นแรงสนับสนุน หรือแรงกระตุ้นในการส่งเสริมให้นักเรียนหันมาดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงพักกลางวันของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญ<sup>7</sup> และสอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่อธิบายว่าความช่วยเหลือหรือแรงเสริมจากบุคคลรอบข้างสามารถส่งผลโดยตรงต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสถานการณ์สุขภาพได้<sup>16</sup> และเพื่อนในวัยเรียนมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนด้านอารมณ์ หรือที่พึ่งทางใจ (Emotional support) และเป็นแบบอย่าง (Peer modeling) โดยการชักชวนหรือการปฏิบัติร่วมกันซึ่งเป็นแรงกระตุ้นสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี<sup>17</sup>

#### ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากปัจจัยอื่นและปัจจัยเสริม เช่น การเข้ารับบริการทันตกรรม การใช้อุปสรรคทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสม และนโยบายการป้องกันโรคฟันผุของโรงเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาและเสริมสร้างนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียนให้ครอบคลุม เช่น การจัดโปรแกรมการแปรงฟันในโรงเรียน หรือให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่เด็กนักเรียนและผู้ปกครอง

2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและเพื่อนในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การร่วมกิจกรรมการแปรงฟัน หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันฟันผุที่บ้าน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันฟันผุที่อาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุในโรงเรียน แทนการขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นวงกว้าง เพื่อหาโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุที่มีประสิทธิภาพ

#### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dental.anamai.moph.go.th/th/national-oral-health-survey-report>
2. อังศณา ฤทธิอยู่, ศุภติ จันทร์บาง, ชนิกา โรจน์สกุลพานิช. การศึกษาสถานการณ์สถานะช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ปี 2556 และปี 2560. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. กรมอนามัย. สูตรเด็ด 2 : 2 : 2 ป้องกันฟัน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/2-2-2/>
4. จิราพร ชิดดี. การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน. ใน: รายงานสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนโดยครูในพื้นที่นำร่อง [อินเทอร์เน็ต]; วันที่ 21 -22 มิถุนายน 2565; ณ โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร. กรมอนามัย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/04/วัยเรียนวัยรุ่น/ประชุม 21 - 22 มิย/รายงานสรุปการประชุม 21-22 มิ.ย. 65.pdf>
5. สำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม: DoH Dashboard กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/dentalcariesfree/tambon?year=2024&kid=42&ap=7305>
6. บรรพต โหมง โก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนท่ามะขามวิทยา ตำบลคอนทราย อำเภอบัวราชบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2560;2(2):23-34.
7. เบญญาภา ผิวนวน, ขวัญวิภา เวทการ, ปริญญา จิตอร่าม, ธนกฤต ธนวงศ์โกติน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแปรงฟันในช่วงพักกลางวันของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลสุพรรณบุรี. วารสารทันตภิบาล 2562;30(1):15-28.

8. นรลักษ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. แบบจำลอง Precede model. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2562;12(1):38-48.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10.
10. มหาวิทยาลัยบูรพา. การแบ่งระดับคะแนนของบลูม [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://digital\\_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files//56990096/chapter3.pdf](https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files//56990096/chapter3.pdf)
11. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cmruir.cmru.ac.th/bitstream/123456789/2248/4/Chapter3.pdf>
12. ทศพล แอนโก. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนประถมศึกษาที่อยู่ในเขตตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. วารสารทันตภิบาล 2566;34(2):75-83.
13. ปรียานุช นามพิกุล, ณัฐวุฒิ พูลทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนอนุบาลเชกาอำเภเชกาจังหวัดบึงกาฬ. วารสารทันตภิบาล 2566;30(2):92-104.
14. Yadav K, Yadav N. Knowledge, attitude and practices related to oral health among school children. Int J Community Med Public Health. 2017;4(9):3346-50.
15. ปฐมา วิเศษเขตรการณ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 6. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561;12(27):49-61.
16. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior: theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
17. อุษา น่วมเพชร, ศิรินทรา ค้างไส, ชัดเจน จันทรพัฒน์, ธนเทพ นำพรวัฒนากุล, สายฝน เอกวางกูร, เกวลี วัชราทักนิณ. การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ทักษะทางอารมณ์และสังคมโดยเพื่อนช่วยเพื่อนของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2567;38(2):87-99.

## ความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี

มาวัดคะห้ แวก้อจิ<sup>1</sup> สุจิตตรา ทองแกม<sup>1</sup> สุดารัตน์ รังคะวงษ์<sup>1</sup> สุวนันท์ คำสุข<sup>1</sup> เพ็ญดาว คำเนิ่งสิทธิ<sup>2\*</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดชลบุรี ประชากร คือ ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี และมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 64 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.25 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 70.31 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.20 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 62.50 ระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คือ 5-10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.06 ดำรงตำแหน่งนักวิชาการ ทันตสาธารณสุข ร้อยละ 56.25 ความยืดหยุ่นทางจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับปกติภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุและความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\rho = -.262$  และ  $-.665$ ,  $p < 0.05$ ) ดังนั้น การลดภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี จึงควรมุ่งเน้นการพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตใจให้เพิ่มขึ้นเพื่อลดโอกาสการเปลี่ยนสายงานย้ายงานหรือลาออก ของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี

**คำสำคัญ :** ความยืดหยุ่นทางจิตใจ, ภาวะหมดไฟในการทำงาน, ทันตภิบาล

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: piangdao@scphc.ac.th



**Resilience and burnout syndrome among dental nurses  
working in Sub-district health promoting hospitals, Chonburi province**

Mawadah Waekuechi<sup>1</sup> Sujitra Thongkaem<sup>1</sup> Sudarat Rangkhawang<sup>1</sup>  
Suwanan Khamsook<sup>1</sup> Piangdao Khamneungsitti<sup>2</sup>

**Abstract**

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the relationship between personal factors, resilience, and burnout among dental nurses. The study was conducted in the dental nurses working in sub-district health promoting hospitals in Chonburi province. The sample group consisted of 64 dental nurses with at least one year of work experience. Data were collected using a questionnaire developed by the researchers, adapted from the Department of Mental Health questionnaire. Descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations, were used for data analysis. Inferential statistics, including the Chi-square test and Pearson's correlation coefficient, were also employed.

The results showed that the participants had an average age of 32.25 years. The majority was single (70.31%), held a bachelor's degree (92.20%), had a monthly income between 10,000-20,000 baht (62.50%). Most had worked for 5-10 years and over 10 years (39.06%), and held the position of dental public health technical officers (56.25%). Overall, the participants exhibited a normal level of resilience and a low level of burnout. The analysis revealed that both age and resilience were negatively correlated with burnout ( $\rho = -0.262$  and  $-0.665$ ,  $p < 0.05$ ). Therefore, to mitigate burnout among dental nurses in Chonburi Province, interventions should focus on enhancing resilience to decrease the likelihood of career change, transfer, or resignation among these officers.

**Keywords:** Resilience, Burnout, Dental nurses

---

<sup>1</sup>Students, Bachelor of Public Health Program (Dental Public Health), Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup>Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

\*Corresponding author e-mail: piangdao@scphc.ac.th

### บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นภาวะอาการทางจิตใจซึ่งเป็นผลตอบสนองระยะยาวจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงาน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ โดยเป็นประสบการณ์ความเครียดของบุคคลประกอบกับบริบทของความสัมพันธ์ทางสังคมที่ซับซ้อน ส่งผลต่อแนวคิดของบุคคลทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล<sup>1</sup> ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปัญหาที่พบได้มากในบุคลากรที่มีอาชีพในการบริการ โดยพบประมาณร้อยละ 15-20 ของคนทำงาน<sup>2</sup>

ทันตภิบาลเป็นบุคลากรสำคัญของทีมสุขภาพปฐมภูมิที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรคในช่องปาก ประเมินภาวะเสี่ยง วินิจฉัยคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และการรักษาโรคในช่องปาก ได้แก่ งานทันตกรรมหัตถการ งานดูแลสภาวะปริทันต์ งานทันตศัลยกรรม การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการทางทันตกรรม รวมถึงการจ่ายยาตามบัญชีศูนย์สุขภาพชุมชนและการให้การปฐมพยาบาลสำหรับผู้ป่วย<sup>3</sup>

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับภาวะขาดแคลน ทันตภิบาล เนื่องจากทันตภิบาลมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการในระบบของกระทรวงสาธารณสุข และมีแนวโน้มว่าทันตภิบาลจะลดจำนวนลงจากการลาออกและเปลี่ยนสายงาน จากรายงานสถานการณ์ในประเทศไทยปี พ.ศ.2565 โดยทันตแพทยสภาพบว่า มีทันตภิบาลปฏิบัติงานในหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น 7,196 คน สัดส่วนทันตภิบาลที่ทันตแพทยสภาเห็นชอบสำหรับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ ทันตภิบาล 1 คนต่อ ประชากร 5,000 คน หรือ ทันตภิบาล 2 คน ต่อ 1 ทีมหมอมือครบถ้วน โดยเป้าหมายในการพัฒนาทีมหมอมือครบถ้วนในระยะเวลา 10 ปี จึงมีความต้องการทันตภิบาลจำนวนทั้งสิ้น 13,000 คน<sup>4</sup> ภาวะขาดแคลนทันตภิบาล ส่งผลให้ทันตภิบาลที่มีอยู่ต้องแบกรับภาระงานอื่นนอกเหนือจากการให้บริการทันตกรรม และต้องทำงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพเพื่อให้ผ่านตัวชี้วัดด้านทันตกรรมซึ่งมีจำนวนมาก นอกจากนี้พบว่าทันตภิบาลมีการลาออกและเปลี่ยนสายงาน เนื่องจากปัญหาความไม่ก้าวหน้าในอาชีพ โดยทันตภิบาลที่จบในรุ่นหลังล้วนต้องการรับราชการเพื่อความมั่นคงและความก้าวหน้าในอาชีพ และถึงแม้ว่าทันตภิบาลที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการแล้วยังคงต้องการย้ายสายงานเช่นเดิม เนื่องจากเมื่อทำงานไปถึงระยะหนึ่งก็จะไม่มีการเติบโตในสายอาชีพ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ทันตภิบาลออกไปแสวงหาความก้าวหน้าจากสายงานอื่น<sup>5</sup>

จากการศึกษาพบว่าตำแหน่งทันตภิบาลมีโอกาสน้อยในการเลื่อนขั้นสู่ระดับสูงขึ้น ไม่มีความก้าวหน้าในการทำงาน และตำแหน่งงานหลังจบการศึกษาส่วนใหญ่ คือ เจ้าพนักงานการสาธารณสุขสถานภาพการทำงานในปัจจุบันเป็นข้าราชการ เพียงร้อยละ 46.5 นอกจากนี้ พบว่ารายได้ทันตภิบาลค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน รวมถึงสวัสดิการต่าง ๆ จากหน่วยงานก็น้อยกว่าวิชาชีพอื่น

ในระดับเดียวกัน เนื่องจากทันตภิบาลมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียง 8,920 บาท<sup>6</sup> แสดงถึงการได้รับค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน รวมถึงปัญหาความก้าวหน้าในการทำงานของทันตภิบาล

ในจังหวัดชลบุรี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวนทั้งสิ้น 122 แห่ง ได้รับการถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงมหาดไทยจำนวน 118 แห่ง มีจำนวนทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานทั้งสิ้น 74 คน และในบางพื้นที่ทันตภิบาล 1 คน ปฏิบัติงานให้กับ รพ.สต. มากกว่า 1 แห่ง แสดงให้เห็นถึงความขาดแคลนทันตภิบาลในการปฏิบัติหน้าที่ ส่งผลให้ทันตภิบาลที่มีอยู่ต้องแบกรับภาระงานเพิ่มขึ้น ได้รับค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน อีกทั้งยังขาดแคลนอุปกรณ์ในการให้บริการทันตกรรม นอกจากนี้ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี ต้องทำงานตามที่หัวหน้าหน่วยงานมอบหมาย แม้จะเป็นงานที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุขก็ตาม จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ทันตภิบาลเกิดความเครียด และปฏิบัติงานในสภาพที่มีความกดดันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน และจังหวัด ทันตภิบาลจึงเป็นวิชาชีพหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อภาวะหมดไฟในการทำงานเช่นเดียวกับอาชีพที่ให้บริการทางสังคมและสาธารณสุขอื่น ๆ<sup>7</sup>

จากการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร พบว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านกำลังใจต่ำกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้น 3.1 เท่า และผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านการจัดการกับปัญหาลดต่ำกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้น 2.9 เท่า จะเห็นได้ว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกัน ซึ่งความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญในการช่วยป้องกันสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่ความยืดหยุ่นทางจิตใจ หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านมีกำลังใจ และด้านการเอาชนะอุปสรรค

งานวิจัยความยืดหยุ่นทางจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงาน ส่วนใหญ่มักจะศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานในทันตภิบาล ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรีต่อไป

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและความยืดหยุ่นทางจิตใจ กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 26 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2567

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พนักงานทั้งหมดที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2567 และมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 74 คน ซึ่งผู้วิจัยได้แบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์กลับคืนมาทั้งหมด 64 ชุด คิดเป็นร้อยละ 86.48 ของแบบสอบถามทั้งหมด

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน รวม 48 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน และตำแหน่งทางราชการ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ และคำถามปลายปิดจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งประยุกต์จากแบบสอบถามความยืดหยุ่นทางจิตใจของกรมสุขภาพจิตที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ เพื่อใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนต่อแรงกดดัน จำนวน 10 ข้อ ด้านการมีกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค จำนวน 5 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมินในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ต (Likert) 4 ระดับ

สำหรับการแปลผล ได้นำคะแนนคำตอบของทั้ง 3 องค์ประกอบ เทียบกับเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมาย จัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูงกว่าปกติ ปกติ ต่ำกว่าปกติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแบ่งระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง

| ระดับ       | เกณฑ์คะแนน           |                   |              |                        |
|-------------|----------------------|-------------------|--------------|------------------------|
|             | ความยืดหยุ่นทางจิตใจ | ความทนต่อแรงกดดัน | การมีกำลังใจ | การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค |
| ต่ำกว่าปกติ | 20-54 คะแนน          | 10-26 คะแนน       | 5-13 คะแนน   | 5-12 คะแนน             |
| ปกติ        | 55-69 คะแนน          | 27-34 คะแนน       | 14-19 คะแนน  | 13-18 คะแนน            |
| สูงกว่าปกติ | 70-80 คะแนน          | 35-40 คะแนน       | 20 คะแนน     | 19-20 คะแนน            |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach Burnout Inventory: MBI) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 โดยมีข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งออกเป็นองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ต (Likert) 7 ระดับ

สำหรับการแปลผล นำคะแนนคำตอบของทั้ง 3 องค์ประกอบ เทียบกับเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมาย จัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เกณฑ์การแบ่งระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง

| ระดับ   | เกณฑ์คะแนน          |                      |                    |                          |
|---------|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
|         | ภาวะหมดไฟในการทำงาน | ความอ่อนล้าทางอารมณ์ | การลดความเป็นบุคคล | การลดความสำเร็จส่วนบุคคล |
| ต่ำ     | 0-53 คะแนน          | 0-16 คะแนน           | 0-6 คะแนน          | 0-31 คะแนน               |
| ปานกลาง | 54-76 คะแนน         | 17-26 คะแนน          | 7-12 คะแนน         | 32-38 คะแนน              |
| สูง     | 77-132 คะแนน        | 27-54 คะแนน          | 13-30 คะแนน        | 39-48 คะแนน              |

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยเลือกใช้อำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.5 ถึง 1.00 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดระยอง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวม เท่ากับ 0.854 และด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ 0.865

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่รับรอง COE-SCPHC NO.2024/020 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2567

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงานและตำแหน่งทางราชการกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

### ผลการวิจัย

#### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

จากข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.25 ปี อายุน้อยที่สุด 23 ปี และอายุมากที่สุด 55 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 70.31) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 92.20) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 62.50) ระยะเวลาปฏิบัติงาน 5 – 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป เท่ากัน (ร้อยละ 39.06) และตำแหน่งทางราชการเป็นนักวิชาการทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 56.25)

## 2. ความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ พบว่าทันตภิบาลส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 60.90) รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 21.90) และอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ (ร้อยละ 17.20) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยของความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในระดับปกติ ( $\mu = 62.75$ ,  $\sigma = 8.25$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. จังหวัดชลบุรี (n = 64)

| ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ                                                | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| ระดับต่ำกว่าปกติ (คะแนน 20-54)                                           | 11    | 17.20  |
| ระดับปกติ (คะแนน 55-69)                                                  | 39    | 60.90  |
| ระดับสูงกว่าปกติ (คะแนน 70-80)                                           | 14    | 21.90  |
| $\mu = 62.75$ , $\sigma = 8.25$ , max = 80, min = 45, คะแนนเต็ม 80 คะแนน |       |        |

## 3. ภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผลการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า ทันตภิบาลส่วนใหญ่มีระดับภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.60) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.80) และอยู่ระดับสูง (ร้อยละ 4.70) และคะแนนเฉลี่ยของภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ( $\mu = 32.09$ ,  $\sigma = 22.06$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี (n = 64)

| ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน                                                  | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| ระดับต่ำ (คะแนน 0-53)                                                     | 49    | 76.60  |
| ระดับปานกลาง (คะแนน 54-76)                                                | 12    | 18.80  |
| ระดับสูง (คะแนน 77-100)                                                   | 3     | 4.70   |
| $\mu = 32.09$ , $\sigma = 22.06$ , max = 78, min = 0, คะแนนเต็ม 132 คะแนน |       |        |

## 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะหมดไฟในการทำงาน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ในด้านอายุกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\rho = -.262$ ,  $p < 0.05$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5 ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน และตำแหน่งทางราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาล (n = 64 )

| ตัวแปร              | $\mu$ | $\sigma$ | $\rho$ | $p - value$ |
|---------------------|-------|----------|--------|-------------|
| อายุ                | 32.25 | 7.80     | -0.262 | 0.037*      |
| ภาวะหมดไฟในการทำงาน | 32.09 | 22.06    |        |             |

\* $p < 0.05$ 

### 5. ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจ กับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี พบว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\rho = -0.665$ ,  $p < 0.05$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาล (n = 64)

| ตัวแปร               | $\mu$ | $\sigma$ | $\rho$ | $p - value$ |
|----------------------|-------|----------|--------|-------------|
| ความยืดหยุ่นทางจิตใจ | 62.75 | 8.25     | -0.665 | < 0.001*    |
| ภาวะหมดไฟในการทำงาน  | 32.09 | 22.06    |        |             |

\* $p < 0.05$ 

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทันตภิบาลที่มีอายุน้อยมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยลง ในทางกลับกันทันตภิบาลที่มีอายุน้อยมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ทันตภิบาลที่มีอายุน้อยมีประสบการณ์และมีระยะเวลาในการทำงานนานจะสั่งสมความสามารถและประสบการณ์จากการทำงานมากขึ้น มีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดจากการทำงานได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์ และคณะ<sup>9</sup> ที่พบว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยจะมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟลดลง เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย จะมีความผูกพันในงาน มีประสบการณ์มาก สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพความเป็นจริงได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ประกอบกับมีความมั่นคงในชีวิตทั้งหน้าที่การงาน ฐานะความเป็นอยู่ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สติพรธรรณ์ นิลสงวนเดช และณัฏฐวรรต บัวทอง<sup>10</sup> ที่ได้ศึกษาภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของพนักงานองค์การเภสัชกรรม และพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดค่าความเป็นบุคคลในผู้อื่น บุคคลที่มีอายุน้อย จะเกิดภาวะเหนื่อยหน่ายที่สูงกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย

เนื่องจากผู้ที่มียุ่่มากขึ้นจะมีประสบการณ์ในการทำงานมีวุฒิภาวะการมองโลกและการปรับตัวเข้าสังคมได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

นอกจากนี้ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี พบว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทันตภิบาลที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจในระดับสูงกว่าปกติจะมีภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจจะสามารถจัดการกับความเครียดของตัวเองได้ มีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี จึงมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำ<sup>11</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของกษมาศ วิชัยดิษฐ และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านกำลังใจต่ำกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้น 3.1 เท่า และผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านการจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้น 2.9 เท่า

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรส่งเสริมให้ทันตภิบาลที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี เห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในตนเอง มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ รู้จักอดทน ปรับตัวกับสถานการณ์ และวางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดในอนาคต เพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในกลุ่มทันตภิบาลที่อายุน้อย เช่น โครงการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ หรือกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงานระหว่างทันตภิบาลในจังหวัดชลบุรี

- 2) ควรส่งเสริมให้ทันตภิบาลมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพื่อให้ทันตภิบาลสามารถรับมือกับความกดดันและความเปลี่ยนแปลงในงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเครียดและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น จัดกิจกรรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจในการทำงาน เป็นต้น

- 3) ควรมีกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจให้กับทันตภิบาล โดยเชิญวิทยากรหรือผู้มีประสบการณ์มาพูดคุยและการค้นหาแรงบันดาลใจในการทำงาน การฝึกอบรมการจัดการเวลาและการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้การจัดการความเครียด รวมถึงควรมีการสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ส่งเสริมการคิดในทางบวก รวมถึงการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ และป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จังหวัดชลบุรี ที่ให้การสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และผู้อำนวยการ รพ.สต. ในจังหวัดชลบุรี ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย สุดท้ายนี้ขอขอบคุณทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้



## เอกสารอ้างอิง

1. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav 1981;2(2):99-113.
2. จุฑารัตน์ แซ่ลื้อ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560;9(2):95-103.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภาอากาศไทยมอบให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559. ราชกิจจานุเบกษา 2559;133:1-3.
4. วรารัตน์ ใจชื่น, วิวัฒน์ จัตตวงษ์, กฤตเมธ ชีรนรวิชย์. สถานการณ์ทันตภิบาลในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ทันตแพทยสภา; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://dentalcouncil.or.th/Articles/Contents/Detail/1/A2wQeuKFIN7yboDW/>
5. ขวัญชีวา ธรรมสโรช, ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์. ความคาดหวังของทันตแพทย์ต่อบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในทันตสาธารณสุขไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2564;51(2):121-129.
6. สุภชัย ยามะเรือง, อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล, ภคิน ไชยช่วย. ปัญหาความก้าวหน้าและการประกอบอาชีพของทันตภิบาล. วารสารทันตภิบาล 2561;29(1):50-54.
7. เต็มสิริ ป.ปาน. ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในจังหวัดสงขลา. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2564;26:24-36.
8. กษามาส วิชัยดิษฐ, อารยา ประเสริฐชัย, ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชุมพร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565;30(3):211-221.
9. สุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์, นิตยา เพ็ญศิริภา, พรทิพย์ กิระพงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2565;5(3):83-97.
10. สติพรรณ นิลสงวนเดชะ, ณภัทรวรรต บัวทอง. ภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของพนักงานองค์การเภสัชกรรม. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2559;60(5):545-560.
11. ศรีสกุล เขียบแหลม, เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน. แพทย์สารทหารอากาศ 2563;66(2):44-52.

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ปณิศา เรืองฤทธิ์<sup>1</sup> กนกวรรณ ปัญญา<sup>2</sup> ชย เชียงทอง<sup>3</sup> บุญยสิทธิ์ พงษ์พิจิตร<sup>4</sup> วรยุทธ นาคอ้าย<sup>4\*</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 149 คน สุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) และการตรวจสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบไคสแคว์และสเปียร์แมน

ผลการศึกษาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่ามีจำนวนฟันผุอุดถอนเฉลี่ย 18.3 ซี่ต่อคน และมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 48.8 อยู่ในระดับที่มีความรุนแรงปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 61.8) พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.6) พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 77.2) คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 88.6) และพบว่าคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในขณะที่พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ( $r_s = .176$ ,  $p\text{-value} = .032$ )

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก, สภาวะสุขภาพช่องปาก, การสูญเสียฟัน

<sup>1</sup>ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จ.นนทบุรี

<sup>2</sup>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไกรใน อ.บางกรวย จ.นนทบุรี

<sup>3</sup>โรงพยาบาลพัฒนานิคม จ.ลพบุรี

<sup>4</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: worayuth@scphc.ac.th

## **Factors associated with oral health-related quality of life among older adults in Singto Thong Sub-district, Bang Nam Priao District, Chachoengsao Province**

Panthita Ruangrit<sup>1</sup> Kanokwan Panya<sup>2</sup> Chaya Cheingthong<sup>3</sup> Bussayasit Pongpichit<sup>4</sup> Worayuth Nak-ai<sup>4\*</sup>

### **Abstract**

This descriptive cross-sectional study aimed to examine the oral health status, oral health care behaviors, and oral health-related quality of life (OHRQoL), as well as to identify factors associated with OHRQoL among older adults in Singto Thong Sub-district, Bang Nam Priao District, Chachoengsao Province. The study was conducted in August 2023 with a sample of 149 participants selected through accidental sampling. Data were collected using a structured questionnaire consisting of demographic characteristics, oral health care behaviors, and oral health-related quality of life (OHIP-14), along with clinical oral health examinations. Data analysis employed descriptive statistics, chi-square tests, and Spearman's rank correlation coefficient.

The findings revealed that the mean number of decayed, missing, and filled teeth (DMFT) was 18.3 per person, and 48.8% of participants experienced moderate levels of tooth loss. Most older adults reported non-smoking and non-alcohol drinking behaviors. Healthy dietary behaviors, which were not at risk for oral diseases, were found in 61.8% of participants. Oral hygiene practices were moderate (58.6%), whereas dental service utilization behaviors were poor (77.2%). The overall OHRQoL was good among 88.6% of participants. No significant associations were observed between demographic characteristics, oral health care behaviors, or oral health status with OHRQoL. However, dietary behaviors that posed risks for oral diseases were significantly associated with OHRQoL ( $r_s = .176$ ,  $p = .032$ ).

**Keywords:** Oral health-related quality of life (OHRQoL), Oral health, Missing teeth

---

<sup>1</sup>Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center, Srinakharinwirot University, Nonthaburi Province

<sup>2</sup>Wat Bang Krai Nai Health Promoting Hospital, Bang Kruai District, Nonthaburi Province

<sup>3</sup>Phattana Nikhom Hospital, Lopburi Province

<sup>4</sup>Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

\*Corresponding author e-mail: worayuth@scphc.ac.th

### บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรสูงอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดต่ำลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี พ.ศ. 2565<sup>1</sup> การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมิได้หมายความว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง คุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้เสมอไป แต่กลับกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทุกด้าน<sup>2</sup>

ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังโดยสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ คือ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่<sup>3</sup> และยังพบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากนับเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญของผู้สูงอายุ<sup>4</sup> ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกยอมรับว่าสุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุเป็น Active ageing มีชีวิตอย่างปกติสุข และควรรวมอยู่ในนโยบายสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็น 8 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 8 ประเด็น ได้แก่ บุหรี่ โภชนาการ สุขภาพช่องปาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การกินอาหาร ปัจจัยทางจิตวิทยาและยา ทั้งนี้ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย<sup>5</sup> ชี้ให้เห็นว่ายังมีปัญหาสุขภาพช่องปากจำนวนมากที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ และภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย ซึ่งถ้าไม่ดูแลจะนำไปสู่ความเจ็บปวดและส่งผลต่อชีวิตประจำวัน

ผลสำรวจสถานะทันตสุขภาพโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 8 ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่มีในช่องปาก 18.6 ซี่ ต่อคน มีฟันแท้ที่ใช้งาน 20 ซี่ และมีฟันหลัง 4 คู่ ร้อยละ 39.4-40.2 มีสภาวะปริทันต์ร่องลึกอย่างน้อย 4 มิลลิเมตร ร้อยละ 36.3- 40.7 ไปรับบริการทันตกรรมเพราะปวดฟัน ร้อยละ 32.0 เคยเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 38.6 ในกลุ่มอายุ 80-85 ปี พบว่าร้อยละ 31.0 สูญเสียฟันทั้งปาก (ฟันหมดปาก) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการบดเคี้ยวอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 52.6<sup>6</sup> ข้อมูลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทราปี พ.ศ. 2562 พบปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้แก่โรคฟันผุ ร้อยละ 75.2 มีฟันแท้ใช้งานได้จำนวนไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 34.9 มีฟันแท้ที่ใช้งาน 20 ซี่และมีฟันหลัง 4 คู่ ร้อยละ 43.9 สภาวะปริทันต์ ร้อยละ 48.5 มีจำนวนฟันผุ อุดและถอน ร้อยละ 22.0 ซี่ต่อคน และจำนวนผู้สูงอายุที่สภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี ร้อยละ 1.0 และจากการศึกษาผลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตำบลสิงโตทอง พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 45.7 มีจำนวนฟันใช้งานครบอย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 11.6 มีฟันหลัง

ใช้งานได้น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 11.1 เมื่อทำการสำรวจเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ ระดับอำเภอ พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลสิงโตทองมีปัญหาการมีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ปัญหาฟันคู่สบฟันหลัง 4 คู่ สัดส่วนต่ำกว่าในระดับประเทศและระดับจังหวัด และมีปัญหาโรคเหงือกอักเสบสัดส่วนสูงกว่าในระดับประเทศและระดับจังหวัดซึ่งส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากที่ด้อย<sup>7</sup> เมื่อผู้สูงอายุมีโรคในช่องปากและเกิดการสูญเสียฟัน จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก ทั้งการเข้าสังคม การพูดคุย การเคี้ยวอาหาร การรับรสชาติ และบุคลิกภาพ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอีกด้วย

จากปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุดังกล่าว เป็นปัญหาที่ต้องใส่ใจและเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายชีวิต ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานต่างๆ ในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อใช้ในการวางแผนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางเชิงนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ รวมถึงให้หน่วยงานตระหนักถึงหนทางในการสนับสนุนคนไข้ที่มีความต้องการในการดูแลรักษาทางทันตกรรมและคนไข้ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางทันตกรรมได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2566

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา แต่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้เป็นตัวแทนของประชากร โดยใช้สูตรการคำนวณของ Daniel<sup>8</sup>

$$n = \frac{NZ^2 \frac{\alpha pq}{2}}{(n-1)d^2 + Z^2 \frac{\alpha pq}{2}}$$

โดย d แทน ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในงานวิจัยนั้น 0.05

p แทน อัตราปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.88 โดยอ้างอิงจากระบบรายงาน Health Data Center ของ รพ.สต. สิงโตทอง ปี พ.ศ. 2566

q แทน ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี เท่ากับ 0.12

$Z^2_{\alpha/2}$  แทน ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 1.96

ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 149 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยนักวิจัยดำเนินการสำรวจกลุ่มตัวอย่างในชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ จากนั้นนักวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วม เพื่อขอความยินยอมอย่างสมัครใจ และดำเนินการประเมินตามเกณฑ์การคัดเข้าของการศึกษา และดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยตามแนวทางที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งานวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง สัญชาติไทย เป็นกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีความพิการใด ๆ 2) สามารถตอบแบบสอบถามของงานวิจัยได้ด้วยตนเองหรือการสัมภาษณ์ 3) เป็นผู้ที่มีความจำดี สามารถฟัง พูด และสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน โดยสังเกตจากการสัมภาษณ์หรือพูดคุย 4) เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ไม่น้อยกว่า 2 ปีก่อนการเก็บข้อมูล และ 5) สมัครใจยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกละกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนทุกข้อ 2) ขาดผลประเมินสุขภาพช่องปากหรือข้อมูลการสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1-2 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า IOC 0.67-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายที่มีความใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 30 ชุด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.846 แบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14 Thai version) ของ สัมภาษณ์ ชาดิลงกรณ์ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสภาวะช่องปาก (Decay Missing Filled Teeth: DMFT) แบบบันทึกการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การตรวจจำนวนฟันผุ ถอน อุด แบบสำรวจการสูญเสียฟัน ใช้เกณฑ์ตามองค์การอนามัยโลก<sup>6</sup>

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเป็นคำถามแบบเลือกตอบ และมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 9 ข้อ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 9 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก จำนวน 11 ข้อ พฤติกรรมในการทำมาสะอาดช่องปาก จำนวน 10 ข้อ และ พฤติกรรมในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ จัดกลุ่มระดับพฤติกรรม 5 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก ดี ปานกลาง

พอใช้และ ปรับปรุง โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการตามแนวคิดของ Best<sup>10</sup>

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากใช้แบบสอบถาม OHIP-14 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อที่ครอบคลุมผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปาก 7 หมวด<sup>9</sup>

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว คณะผู้วิจัยประสานงานกับ รพ.สต.สิงโตทอง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวันเวลาที่กำหนด ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยร่วมกับทันตแพทย์และทันตภิบาลประจำ รพ.สต. เพื่อส่งเอกสารแนะนำโครงการ หลังได้รับหนังสือยินยอมจากผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับทันตภิบาล โดยมีการปรับมาตรฐานผู้ตรวจให้ตรงกันและตรวจสอบความถูกต้องโดยมีค่าความตรงกับมาตรฐานด้วยสถิติ Kappa ที่ยอมรับคือ 0.8-1 ทั้ง intra และ inter calibration การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยสร้างขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถตอบแบบสอบถามเองได้ ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็น และ การอ่าน ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้สัมภาษณ์คือนักวิจัยที่ผ่านการฝึกทักษะการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างโดยอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย หลังจากนั้นทีมวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่ 2023/S36 ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2566

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างเพศ อาชีพ ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว กับ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้ Chi-square test และสัมประสิทธิ์ Phi วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ครัวเรือน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพ กับ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้ Spearman's rank correlation rho กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ผลการวิจัย

## 1. คุณลักษณะประชากรและสภาวะสุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.4) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 61.7) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.2) ไม่ทำงาน (ร้อยละ 47) แต่มีรายได้ (ร้อยละ 59.1) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.9) โดยกลุ่มที่เป็นโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.1) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เกือบทุกคนเป็นประจำ ( $\bar{X} = 4.97$ ,  $SD = 0.20$ ) ใช้จ่ายเงินผสมฟลูออไรด์ ( $\bar{X} = 4.57$ ,  $SD = 1.18$ ) มีพฤติกรรมกรอกฟันในระหว่างมื้ออาหาร ( $\bar{X} = 4.72$ ,  $SD = 0.75$ ) และไปพบทันตบุคลากรตามนัดทุกครั้ง ( $\bar{X} = 3.81$ ,  $SD = 1.64$ )

สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่าจากการตรวจ 149 คน ฟันผุเฉลี่ย 3 ซี่ต่อคน ฟันอุดเฉลี่ย 0.61 ซี่ต่อคน ฟันถอนเฉลี่ย 14.7 ซี่ต่อคน มีจำนวนฟันผุ อุด และถอนเฉลี่ย 18.3 ซี่ต่อคน ผู้สูงอายุทุกคนมีการสูญเสียฟันถาวรในทุกสาเหตุ พบฟันในช่องปาก ร้อยละ 51.2 และฟันที่หายไป ร้อยละ 48.8

## 2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 37.0) และ พอใช้ (ร้อยละ 37.0) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดีมาก และ ดี (ร้อยละ 60) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคในช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี และ ดีมาก (ร้อยละ 79.2) และไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับ ไม่ดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับ ปานกลาง และ พอใช้ (ร้อยละ 93.1) พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ ไม่ดี (ร้อยละ 77.2) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 149)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก                             | จำนวน (ร้อยละ) |           |              |            |            |
|----------------------------------------------------------|----------------|-----------|--------------|------------|------------|
|                                                          | ระดับดีมาก     | ระดับดี   | ระดับปานกลาง | ระดับพอใช้ | ระดับไม่ดี |
| พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (n=27)                              | 1 (3.8)        | 6 (22.2)  | 10 (37.0)    | 10 (37.0)  | 0 (0.0)    |
| พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (n=10)                          | 1 (10.0)       | 5 (50.0)  | 2 (20.0)     | 2 (20.0)   | 0 (0.0)    |
| พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก | 26 (17.4)      | 92 (61.8) | 28 (18.8)    | 3 (2.0)    | 0 (0.0)    |
| พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก                            | 0 (0.0)        | 3 (2.1)   | 85 (58.6)    | 50 (34.5)  | 7 (4.8)    |
| พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก                | 0 (0.0)        | 0 (0.0)   | 3 (2.0)      | 31 (20.8)  | 115 (77.2) |



### 3. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 149 คน พบว่าทุกมิติอยู่ในระดับดี โดยมิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ ( $\bar{X} = 4.59$ ,  $SD = 0.97$ ) มิติด้านความด้อยโอกาสทางสังคม ( $\bar{X} = 4.58$ ,  $SD = 0.95$ ) และ มิติด้านความจำกัดในการทำหน้าที่ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับมิติด้านการสูญเสียความสามารถทางสังคม ( $\bar{X} = 4.55$ ,  $SD = 1.03$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ (n=149)

| คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก        | $\bar{X}$ | $SD$ | ระดับ |
|---------------------------------------|-----------|------|-------|
| มิติด้านความจำกัดในการทำหน้าที่       | 4.55      | 1.03 | ดี    |
| มิติด้านความเจ็บปวดทางกายภาพ          | 4.19      | 1.19 | ดี    |
| มิติด้านความรู้สึกล้มสบายทางจิตใจ     | 4.30      | 1.14 | ดี    |
| มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ | 4.59      | 0.97 | ดี    |
| มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางจิตใจ  | 4.46      | 1.14 | ดี    |
| มิติด้านการสูญเสียความสามารถทางสังคม  | 4.55      | 0.98 | ดี    |
| มิติด้านความด้อยโอกาสทางสังคม         | 4.58      | 0.95 | ดี    |

เมื่อจำแนกระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามเกณฑ์ของ Best<sup>10</sup> ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี 132 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี 17 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ตามลำดับ

### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร สภาวะสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

พบว่า คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ไม่มีความสัมพันธ์กันเมื่อทดสอบด้วยสถิติ chi-square รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 นอกจากนี้ อายุ รายได้ครัวเรือน สภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การสูญเสียฟัน จำนวนฟันผุ อุดและถอน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Spearman rank correlation ในขณะที่พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r_s = 0.176$ ,  $p = 0.032$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (n=149)

| ตัวแปร               | คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก |         | Chi-square | df | p-value | phi    |
|----------------------|------------------------------|---------|------------|----|---------|--------|
|                      | ระดับไม่ดี                   | ระดับดี |            |    |         |        |
| <b>เพศ</b>           |                              |         | 0.469      | 1  | 0.546   | -0.061 |
| ชาย                  | 5                            | 51      |            |    |         |        |
| หญิง                 | 12                           | 81      |            |    |         |        |
| <b>อาชีพ</b>         |                              |         | 0.274      | 1  | 0.601   | 0.043  |
| ไม่ประกอบอาชีพ       | 9                            | 61      |            |    |         |        |
| ประกอบอาชีพ          | 8                            | 71      |            |    |         |        |
| <b>ระดับการศึกษา</b> |                              |         | 0.127      | 1  | 0.722   | -0.029 |
| ประถมศึกษาและต่ำกว่า | 14                           | 113     |            |    |         |        |
| มัธยมศึกษาและสูงกว่า | 3                            | 19      |            |    |         |        |
| <b>โรคประจำตัว</b>   |                              |         | 0.635      | 1  | 0.225   | -0.039 |
| ไม่มีโรคประจำตัว     | 3                            | 30      |            |    |         |        |
| มีโรคประจำตัว        | 14                           | 102     |            |    |         |        |

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (n=149)

| ตัวแปร                                                   | คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก |         |
|----------------------------------------------------------|------------------------------|---------|
|                                                          | $r_s$                        | p-value |
| <b>คุณลักษณะประชากร</b>                                  |                              |         |
| อายุ                                                     | -0.001                       | 0.989   |
| รายได้ครัวเรือน                                          | 0.045                        | 0.589   |
| <b>พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก</b>                      |                              |         |
| การสูบบุหรี่                                             | -0.084                       | 0.308   |
| การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์                              | -0.009                       | 0.916   |
| พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก | 0.176                        | 0.032*  |
| พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก                            | 0.080                        | 0.329   |
| พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก                | -0.115                       | 0.161   |
| <b>สถานะสุขภาพช่องปาก</b>                                |                              |         |
| จำนวนฟันผุ อุด ถอน                                       | 0.070                        | 0.397   |
| การสูญเสียฟัน                                            | -0.085                       | 0.304   |

\*p-value &lt; 0.05

### อภิปรายผลการวิจัย

เพศ อายุ อาชีพ รายได้ครัวเรือน ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับองค์ความรู้และการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่แตกต่างกันจาก รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยงานดังกล่าวได้มุ่งเน้นการส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมผ่านการบูรณาการกับกิจกรรมของหน่วยงาน และกิจกรรมพิเศษอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์<sup>11</sup> ที่พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และได้รับสวัสดิการผู้สูงอายุ สวัสดิการจากรัฐ และจากบุตร หลาน/ญาติ ปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ ของผู้สูงอายุดังกล่าวทำให้การรับรู้และสนใจในสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกับการมีหรือไม่มีโรคประจำตัวซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและสุขภาพช่องปากใกล้เคียงกัน<sup>12</sup>

สำหรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้มีผู้ไม่สูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 81.9 ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์และการสูญเสียฟัน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ มัณฑนา ขอนดอก<sup>13</sup> พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีจำนวนน้อยประกอบกับบริบทของพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยวที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม แบบแผนความเชื่อและการปฏิบัติดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเกิดพฤติกรรมที่เกิดจากแรงผลักดันภายในของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดของ Albert Bandura<sup>14</sup> ที่กล่าวว่า บางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจจะมีส่วนในการทำให้เกิดพฤติกรรมได้มากกว่าองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ส่วนในเวลานี้องค์ประกอบภายในตัวบุคคลอาจจะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์มากกว่าสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งประเด็นนี้อาจสืบเนื่องมาจากลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวที่ส่วนใหญ่มีผลในระยะยาว ผลกระทบเหล่านี้อาจปรากฏมาแล้วในช่วงเวลาหนึ่งและทำให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวเพื่อให้เกิดความเคยชินสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน หรือมีปัจจัยบรรเทาที่ช่วยให้ประสบการณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมยังคงอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันได้ นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพยังประกอบด้วยองค์ประกอบอื่น เช่น ปัจจัยสุขภาพจิต สังคม วัฒนธรรม และความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการลดหรือเพิ่มผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพได้ดี อาจมีความสามารถในการจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเหล่านี้<sup>15, 16</sup>

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ( $p < 0.05$ ) ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้จากบทบาทสำคัญของสุขภาพช่องปากที่ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการรับประทานอาหารและความรู้สึกสบายในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ<sup>17</sup> เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในช่องปาก เช่น การบริโภคน้ำตาลหรืออาหารเหนียวติดฟัน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและโรคในช่องปากที่ลามไปสู่การสูญเสียฟัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการลดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก การสูญเสียฟันหรือปัญหาสุขภาพช่องปากทำให้เกิดข้อจำกัดในการบดเคี้ยวอาหารส่งผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ อีกทั้งอาการเจ็บปวดและความไม่สบายในช่องปาก ยังนำไปสู่ความวิตกกังวลและการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลง<sup>17, 18</sup>

พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ด้วยคุณภาพชีวิตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลาย เช่นเดียวกับปัจจัยแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ แม้พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก เช่น เลือกที่ใช้น้ำยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพช่องปากโดยทั่วไป แต่ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือมีสภาพช่องปากที่เสื่อมโทรมแล้ว ผลกระทบของพฤติกรรมเหล่านี้ต่อความรู้สึกถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อาจถูกจำกัดหรือถูกชดเชยด้วยปัจจัยอื่นๆ เช่น สภาพฟันแท้ที่ลดลง ความสามารถในการบดเคี้ยวที่ลดลง หรือเจ็บปวดเรื้อรังที่อาจมีอยู่ก่อนแล้ว<sup>17, 19</sup> ทั้งนี้ปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยา เช่น ความรู้สึกทางจิตใจ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก หรือการรับรู้ถึงสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าการทำความสะอาดช่องปากในทางปฏิบัติจริง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมีความซับซ้อน และอาจไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพพื้นฐานเสมอไป<sup>17, 20</sup>

พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อาจสะท้อนถึงความซับซ้อนและปัจจัยแวดล้อมที่ครอบคลุมมากกว่าแค่เพียงการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากเท่านั้น ที่แม้ว่าจะเป็นกิจกรรมสำคัญในการป้องกันและดูแลสุขภาพช่องปาก แต่ในผู้สูงอายุบางคนอาจไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกหรือการประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องสุขภาพช่องปาก เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีปัญหาสุขภาพช่องปากเรื้อรัง เช่น การสูญเสียฟัน หรือโรคปริทันต์ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการบดเคี้ยว การพูด และความมั่นใจในตัวเองอย่างต่อเนื่อง<sup>17</sup> นอกจากนี้ ผลการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุนั้นจะได้รับการรักษาหรือการดูแลที่เพียงพอหรือเหมาะสมเสมอไป เพราะอาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการขั้นสูง การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมหรือเศรษฐกิจ รวมถึงปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวหลังรับบริการ<sup>19, 21</sup> อีกทั้งคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นการประเมินที่รวมหลายองค์ประกอบ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงอาจ

ได้รับผลกระทบจากปัจจัยหลากหลายที่นอกเหนือจากการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงอย่างเดียว เช่น การมีฟันแท้เพียงพอต่อการบดเคี้ยว สุขภาพจิต และการรับรู้ถึงสุขภาพช่องปากของตนเอง<sup>20</sup>

ในด้านสภาวะสุขภาพช่องปาก จำนวนฟันผุ อุคและถอนฟัน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติถึงแม้จะมีฟันผุ อุค ถอน เกือบทั่วทั้งปาก แต่ยังสามารถบดเคี้ยวอาหาร เข้าสังคม ยิ้มและหัวเราะได้ตามปกติ ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฟันแท้เหลืออยู่ในช่องปากน้อยได้รับผลกระทบจากสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตน้อย แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตและกิจกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน<sup>22</sup> ทั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยและองค์ประกอบอื่นด้วย เช่น ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ตามเครื่องมือการตรวจวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI<sup>23</sup> ที่อยู่อาศัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ กิจกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจในชีวิต<sup>24</sup> ซึ่งการสูญเสียฟันในการตรวจสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันส่วนใหญ่มักจะมีการใส่ฟันปลอมในช่องปาก ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังจากได้รับการฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยฟันเทียม

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาจำนวนซี่ฟันในลักษณะของการคงอยู่ของฟันในตำแหน่งต่าง ๆ เช่น ฟันหน้า เพื่อช่วยอธิบายความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาหรือปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยอื่น ตามนิยามหรือเครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจความหมายและการให้คุณค่าของชีวิตในมิติคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มที่สูญเสียฟัน

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ โดยเน้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีชีวิตที่มีคุณภาพในวัยสูงอายุ

2. บูรณาการนโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากกับการจัดการพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางดังนี้

- 2.1) การพัฒนานโยบายส่งเสริมการรับประทานอาหารเช้าที่ดีต่อสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ลดน้ำตาลและหลักเลี่ยง

อาหารที่เหนียวติดฟัน รวมถึงการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ที่เพิ่มความแข็งแรงของช่องปากและฟัน ผ่านช่องทางบริการสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

2.2) การรวมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเข้ากับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่นสามารถติดตามประเมิน และให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหารควบคู่กับการดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคช่องปากและเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

2.3) การสร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและการจัดการโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น อาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง พร้อมทั้งการพัฒนาวิธีการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มการรับรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

2.4) การวางแผนและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานชุมชน เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งเน้นการป้องกัน การดูแล และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างครบวงจร

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทยและนวัตกรรมผู้สูงอายุ (ววน.) รหัสโครงการ 185465 และสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.สิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกและประสานงานในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ตลอดจนผู้กลุ่มสูงอายุ ที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยจนประสบความสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

### เอกสารอ้างอิง

1. เอก ชนะศิริ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ ซีซีโอ จำกัด; 2565.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาระบบ Long Term Care ผู้สูงอายุ 2568. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2568.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือระบบการดูแลและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1561080125-196\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1561080125-196_0.pdf)
4. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2568.

6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานะสุขภาพช่องปาก การสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2560.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. ข้อมูลตอบสนองแผนบริการสาขาทันตกรรม. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา; 2566.
8. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 7<sup>th</sup> ed. New York: Wiley; 1999. p.180-85, 268-70.
9. สัมภาษณ์ ชาตอลงกรณ์. คุณสมบัตินักวิจัยทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปาก ฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai). วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560;34(3):158-170.
10. Best JW. Research in Education. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall Inc; 1981. p.105-18.
11. อรรถพร คุรุรัตน์, วิจิตรา เดียววัฒนวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ ทันตสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559;10(2):115-126.
12. ปรารักษ์กมล ภู่อารีย์. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช; 2559.
13. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachandran VS, editor. Encyclopedia of human behavior. Vol. 4. New York: Academic Press; 1994. p.71-81.
14. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชน ตามหลัก 3อ. 2ส. และการป้องกันโรคอุบัติใหม่. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2567.
15. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการศึกษาสถานการณ์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพฤติกรรม สุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2566.
16. พูลพฤกษ์ ไสภารัตน์, มณัญญา เรือจิตร. การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2564.
17. กิตติคุณ บัวบาน. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ ะมาด จังหวัดตาก. J Gerontol Geriatr Med. 2017;16:45-56.
18. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
19. เพ็ญรัตน์ สิริระเวทิน. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารทันตภิบาล 2562;30(1):151-166.

20. สุธาสินี สมานชาติ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกับสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลเทศบาลเมือง สาขาโรงพยาบาลสระบุรี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
21. เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์, จิราพร เขียวอยู่, วิลาวัลย์ วีระอาชากุล. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน: กรณีศึกษาในเขตอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557;29(4):339-44.
22. สุเทียน แก้มมะคำ, อารีย์ คำแก้ว. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2561;10(1):37-47.



## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในชุมชนชนบท จังหวัดปทุมธานี

กัลยกรณ์ เชยโพธิ์<sup>1\*</sup> จินตนา เค่นสันติกุล<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design) โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท จังหวัดปทุมธานี จำนวน 123 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดเพื่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.6) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.6) และอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 89.4) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยตามทฤษฎี เช่น ความรู้ ทักษะคิด การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทชนบทไทยต้องการการศึกษาที่ครอบคลุมปัจจัยหลายมิติ โดยเฉพาะปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เพื่อช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมได้ชัดเจนขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และนำไปสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ:** ภาวะสมองเสื่อม, พฤติกรรมการป้องกัน, ผู้สูงอายุ, ชุมชนชนบท

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ปทุมธานี

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: jmararat@gmail.com

Received: 1 October 2025

Revised: 13 November 2025

Accepted: 19 December 2025

**Factors associated with self-care behavior for dementia prevention behaviors  
among older adults in rural communities, Pathum Thani province**

Kulyaporn Cheypho<sup>1\*</sup> Jintana Densuntikul<sup>1</sup>

**Abstract**

This study was a quantitative research using a correlational research design. The sample consisted of 123 older adults living in rural communities in Pathum Thani Province. A multistage sampling method was employed. Data were collected using a questionnaire that included sections on general information, knowledge about dementia prevention, attitudes toward dementia prevention, social support, and self-care behaviors for dementia prevention. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, maximum, and minimum values, and the relationships among variables were examined using Pearson's correlation coefficient.

The results showed that most participants were female (62.6%), married (75.6%), and had lived in the community for more than five years (89.4%). The participants had a moderate level of knowledge regarding dementia prevention and a good level of self-care behavior for dementia prevention. Correlation analysis indicated that personal factors, such as age, gender, education level, underlying diseases, smoking, and alcohol consumption as well as theoretical factors, such as knowledge, attitudes, and social support were not associated with dementia prevention behaviors. This study highlights that understanding the health behaviors of older adults in rural Thai contexts requires an exploration of multi-dimensional factors, particularly environmental, economic, and cultural aspects. Such understanding can contribute to the development of health education programs that are appropriate for local contexts and promote more effective health care for older adults.

**Keywords:** Dementia, Prevention behaviors, Older adults, Rural community

---

<sup>1</sup> Faculty of Nursing, North Bangkok University, Pathum Thani

\*Corresponding author e-mail: jrnararat@gmail.com

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พบว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5.9<sup>2</sup> ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ที่คาดว่าจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดในปี 2030<sup>3</sup>

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพและการทางเศรษฐกิจ<sup>4</sup> องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าค่าใช้จ่ายทั่วโลกสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คิดเป็น 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2019 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.8 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2030<sup>5</sup> การศึกษาของอำไพ พิมพีไกร และคณะ<sup>6</sup> พบว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 94,533.33 บาทต่อคนต่อปี แม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพสูง แต่หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถทำได้ผ่านการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ การศึกษาจาก Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ 12 ปัจจัย สามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 40 ของกรณีทั้งหมด<sup>7</sup> ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย การศึกษาน้อย การสูญเสียการได้ยิน การบาดเจ็บที่ศีรษะ การดื่มแอลกอฮอล์มาก โรคอ้วน การสูบบุหรี่ ภาวะซึมเศร้า การขาดกิจกรรมทางสังคม การขาดการออกกำลังกาย มลพิษทางอากาศ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง<sup>8</sup>

การวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institutes of Health (NIH) ของสหรัฐอเมริกา แสดงให้เห็นความก้าวหน้าที่สำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการศึกษาพบว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การใช้เครื่องช่วยฟัง การรับประทานวิตามินรวมและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล สามารถลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและปรับปรุงการทำงานทางปัญญาได้นอกจากนี้ การศึกษาในหลายประเทศยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบอยู่นิ่ง การสูญเสียประสาทสัมผัส และการสัมผัสมลพิษทางอากาศ<sup>10, 11</sup> ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างจากเขตเมือง การศึกษาของสุพัตราและคณะ<sup>12</sup> พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการป้องกันในระดับพอใช้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าว ยังไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างละเอียด

จังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดที่มีลักษณะผสมผสานระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 14.8 ของประชากรทั้งหมด<sup>13</sup> พื้นที่ชนบทของจังหวัดปทุมธานียังคงรักษาวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่แน่นแฟ้น และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับเขตเมือง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม<sup>14</sup> (Orem's self-care theory) เป็นกรอบแนวคิดทางพยาบาลศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานที่ว่าบุคคลมีศักยภาพและความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี โอเร็มได้กำหนดความต้องการการดูแลตนเองไว้ 3 ประเภท ได้แก่ ความต้องการการดูแลตนเองสากล (Universal self-care requisites) ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เช่น การหายใจ การดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การเข้าถึงสังคมและความเป็นปัจเจกบุคคล และการป้องกันอันตราย ความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการพัฒนา (Developmental self-care requisites) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและการพัฒนาของมนุษย์ในแต่ละช่วงวัยและความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ซึ่งเป็นความต้องการเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางสุขภาพ<sup>15</sup>

สำหรับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทฤษฎีของโอเร็ม เน้นให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพสมอง ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การนอนหลับให้เพียงพอ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การฝึกฝนทักษะทางปัญญา และการจัดการความเครียด<sup>16</sup> การดูแลตนเองเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ผ่านการศึกษา การฝึกอบรม และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน<sup>17</sup> ความรู้และทัศนคติถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ สถานะการพัฒนา สถานะสุขภาพ การวางแผนทางชีวิต รูปแบบการใช้ชีวิต ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ความพร้อมของระบบสุขภาพ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม<sup>18</sup> ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการพัฒนาและการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในที่สุด การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทจะช่วยให้เข้าใจถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนที่เหมาะสม<sup>19</sup>

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดปทุมธานี

ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสมอง และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ยึดหลักการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนชนบทต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักปัจจุบัน และโรคประจำตัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ซึ่งหมายถึง ชุมชนที่อยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทของจังหวัดปทุมธานีอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ก่อนวันเก็บข้อมูล สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง หรือสามารถให้ข้อมูลได้โดยการที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านคำถามให้ฟัง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ มีประวัติการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หรือมีประวัติการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตเวชที่รุนแรง (Severe psychiatric disorders) ที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล มีความพิการทางร่างกายที่รุนแรง เช่น อัมพาต ตาบอด หูหนวก หรือสภาวะทางกายที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ อยู่ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ณ ช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล หรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ไม่เหมาะสมต่อการเก็บข้อมูล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้เป็นตัวแทนของประชากรด้วย G\* Power (F tests: Linear multiple regression—Fixed model,  $R^2$  deviation from zero;  $\alpha = .05$ , power = .80, predictors = 9, effect size  $f^2 = .15$  ตาม Cohen<sup>20</sup>) ได้ค่าที่สอดคล้องกับเกณฑ์เชิงประจักษ์ของ Green<sup>21</sup> ได้ขนาดตัวอย่าง 110 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายร้อยละ 15 รวมเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 130 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Simple random sampling โดยการสุ่มอำเภอ/ตำบลชนบท ตามนิยามของหน่วยงานรัฐ แล้วเลือกอำเภอ/ตำบลที่เข้าเกณฑ์ที่ต้องการ 2-3 ตำบล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนด Random seed ล่วงหน้าเพื่อความซ้ำได้ ได้จำนวนประชากรดังนี้ พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.ตำบลคลองเจ็ด หมู่ 13 จำนวน 50 คน รพ.สต.

ทดลองหจำนวน 50 คน และ รพ.สต.บึงคำพร้อย หมู่ 13 จำนวน 30 คน โดยตัวอย่างที่เก็บได้จริงคือ 123 คน คิดเป็นร้อยละ 94.61

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured questionnaire) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแบบ Face to face interview ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem's self-care theory) ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด เกี่ยวกับข้อมูลประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ สิทธิประกันสุขภาพ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นคำถามแบบ ถูก/ผิด/ไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ เนื้อหาครอบคลุมความรู้ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การนอนหลับ การควบคุมโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ โดยให้คะแนนถูก = 2 คะแนน และ ผิด/ไม่ทราบ = 1 คะแนน รวม 30 คะแนน

ตอนที่ 3 ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นคำถามแบบมาตร วัดลิเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ (1 = ไม่เห็นด้วยเลย ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เนื้อหาครอบคลุมความเชื่อ ความตระหนัก ทักษะคิดเชิงบวกต่อการแก่ชรา และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต รวม 17–85 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้รับการพัฒนาโดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดเรื่อง Social support ในทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม ซึ่งจัดการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในหมวดปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เป็นคำถามแบบ Likert scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) ครอบคลุมการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน อสม. และหน่วยบริการสุขภาพ รวม 10–50 คะแนน

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นคำถามแบบ Likert scale 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ (1 = ไม่เคย ถึง 5 = เสมอ) ครอบคลุมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การควบคุมโรคเรื้อรัง การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา กิจกรรมกระตุ้นสมอง การเข้าสังคม และการควบคุมความดันโลหิต รวม 21–105 คะแนน

ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best<sup>22</sup> ดังนี้ ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูง มีคะแนนอยู่ในช่วง 25.1–30.0 คะแนน ระดับปานกลาง 20.1–25.0 คะแนน และระดับต่ำ 15.0–20.0 คะแนน ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระดับสูง มีคะแนนอยู่ในช่วง 62.4–85.0 คะแนน ระดับปานกลาง 39.8–62.3 คะแนน และระดับต่ำ 17.0–39.7 คะแนน การสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูงมีคะแนนอยู่ในช่วง 36.8–50.0 คะแนน ระดับปานกลาง 23.4–36.7 คะแนน และระดับต่ำ 10–23.3 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระดับสูงมีคะแนนอยู่ในช่วง 77.1–105.0 คะแนน ระดับปานกลาง 49.1–77.0 คะแนน และระดับต่ำ 21.0–49.0 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลชุมชน การพยาบาลจิตเวช และแพทย์อายุรกรรมที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวม 3 ท่าน โดยคำนวณค่า Content Validity Index (CVI) กำหนดเกณฑ์ I-CVI = 0.9 และ S-CVI = 0.92 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลคลองเจ็ด อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี แบบสอบถามตอนที่ 2 ใช้สถิติ KR-20 ค่าความเชื่อมั่น 0.85 แบบสอบถามตอนที่ 3-5 ใช้ค่า Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha 0.80 ถือว่ายอมรับได้<sup>23</sup> โดยปรับแก้ไขถ้อยคำให้เหมาะสมกับบริบทและความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่ NS 5/2568 ลงวันที่ 20 เมษายน 2568 และได้รับการยินยอมจากผู้สูงอายุ การวิจัยนี้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ก่อนลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วม (Informed consent) ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย แบบสอบถามไม่ก่อให้เกิดอันตราย หากไม่สะดวกสามารถหยุดตอบได้ทันที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมตามปัจจัยส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามอายุและระดับการศึกษา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

การวิจัยครั้งนี้ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าข้อมูลของตัวแปรทั้งหมดมีการกระจายใกล้เคียงปกติ โดยตรวจสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov test, Shapiro-Wilk test และการพิจารณาค่าความเบ้และความโด่งให้อยู่ในช่วง  $\pm 1.0$  นอกจากนี้ การแปลผลค่า  $r$  ใช้เกณฑ์ของ Cohen<sup>20</sup> โดยถือว่าความสัมพันธ์ระดับต่ำเมื่อ  $r = 0.10-0.29$  ระดับปานกลางเมื่อ  $r = 0.30-0.49$  และระดับสูงเมื่อ  $r \geq 0.50$

## ผลการวิจัย

## 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 123 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 77 คน (ร้อยละ 62.6) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 80 คน (ร้อยละ 65.0) ช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 24 คน (ร้อยละ 19.5) และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน (ร้อยละ 15.4) มีสถานภาพสมรสจำนวน 93 คน (ร้อยละ 75.6) และโสด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 24.4) ด้านระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จำนวน 71 คน (ร้อยละ 57.7) ระดับประถมศึกษาจำนวน 46 คน (ร้อยละ 37.4) และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.9) ด้านอาชีพปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 30.9) เจ้าของธุรกิจจำนวน 36 คน (ร้อยละ 29.3) รับจ้าง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 26.0) และอื่น ๆ เช่น ข้าราชการบำนาญจำนวน 17 คน (ร้อยละ 13.8) ด้านโรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 35 คน (ร้อยละ 28.5) มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จำนวน 28 คน (ร้อยละ 22.8) ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 27 คน (ร้อยละ 22.0) เป็นโรคเบาหวานจำนวน 21 คน (ร้อยละ 17.1) และเป็นโรคอื่นๆ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 9.8) ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 63 คน (ร้อยละ 51.2) ดื่มบางครั้ง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 37.4) และดื่มประจำจำนวน 14 คน (ร้อยละ 11.4) ด้านระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่อาศัยในชุมชนมากกว่า 5 ปี จำนวน 110 คน (ร้อยละ 89.4) รองลงมาคือ 1-5 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 6.5) และน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.1) ตามลำดับ

## 2. ปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง

เมื่อพิจารณาปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (Mean = 26.73, SD = 1.97) มีทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 57.92, SD = 4.42) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 33.27, SD = 3.49) และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง (Mean = 82.13, SD = 16.91) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและระดับของความรู้ ทัศนคติ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม (n = 123 คน)

| ตัวแปร                                         | คะแนนต่ำสุด | คะแนนสูงสุด | ค่าเฉลี่ย     | ระดับ   |
|------------------------------------------------|-------------|-------------|---------------|---------|
| ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม       | 22.0        | 30.0        | 26.73 ± 1.97  | สูง     |
| ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม             | 49.0        | 68.0        | 57.92 ± 4.42  | ปานกลาง |
| การสนับสนุนทางสังคม                            | 22.0        | 41.0        | 33.27 ± 3.49  | ปานกลาง |
| พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม | 61.0        | 103.0       | 82.13 ± 16.91 | สูง     |



### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และโรคประจำตัว กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลใด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ( $r = .196, p = .030$ ) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สูงกว่ามีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น แม้ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่ในระดับต่ำมากก็ตาม ในทำนองเดียวกัน ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ( $r = .180, p = .047$ ) สะท้อนว่าผู้สูงอายุที่มีทักษะคิดที่ดีต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ( $n = 123$ )

| ปัจจัย                                   | r     | p-value |
|------------------------------------------|-------|---------|
| ปัจจัยส่วนบุคคล                          |       |         |
| เพศ                                      | -.004 | .964    |
| อายุ                                     | .074  | .419    |
| สถานภาพสมรส                              | -.062 | .496    |
| ระดับการศึกษา                            | -.128 | .158    |
| อาชีพหลักปัจจุบัน                        | .018  | .847    |
| โรคประจำตัว                              | -.154 | .089    |
| ปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง               |       |         |
| ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม | .196  | .030*   |
| ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม      | .180  | .047*   |
| การสนับสนุนทางสังคม                      | -.020 | .830    |

\*p-value < 0.05

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดปทุมธานี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem's self-care theory) เป็นแนวทางในการศึกษา ผลการศึกษาพบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

#### 1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยส่วนบุคคลทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักปัจจุบัน และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Okamoto และคณะ<sup>24</sup> ที่ระบุว่าความแตกต่างระหว่างเพศในการทำงานของสมองมีความซับซ้อนและไม่สามารถอธิบายด้วยตัวแปรเพศเพียงอย่างเดียว อีกทั้งในบริบทสังคมไทย ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขและความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim และคณะ<sup>25</sup> ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกกำหนดโดยปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม มากกว่าอายุโดยตรง

ในแง่ของสถานภาพสมรส แม้จะมีงานวิจัยที่พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แต่ในบริบทไทย ระบบครอบครัวแบบขยายและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวยังคงมีบทบาทสำคัญ ซึ่งระบบสนับสนุนดังกล่าวอาจชดเชยผลกระทบของสถานภาพสมรสต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ เช่นเดียวกับระดับการศึกษา ที่มีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะสมองเสื่อม<sup>26</sup> อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของนโยบายสาธารณสุขไทย ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผ่านโครงการคัดกรองในระดับชุมชน

สำหรับอาชีพหลักแม้การศึกษาของ Valenzuela และคณะ<sup>27</sup> จะพบว่าอาชีพที่มีความซับซ้อนช่วยสร้าง Cognitive reserve แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงอาจส่งผลให้อาชีพปัจจุบันไม่ได้สะท้อนถึงประสบการณ์การทำงานตลอดช่วงชีวิต การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาประวัติอาชีพตลอดช่วงชีวิตการทำงานแทนอาชีพปัจจุบัน นอกจากนี้โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง แม้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่แสดงแนวโน้มที่น่าสนใจ ( $r = -.154, p = .089$ ) โดยจากการศึกษาของ Snowden และคณะ<sup>28</sup> ระบุว่าผู้มีโรคประจำตัวหลายโรคเป็นอุปสรรคต่อการจัดการดูแลตนเองเนื่องจากความซับซ้อนของการรักษาและข้อจำกัดทางกายภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อยืนยันความสัมพันธ์นี้

#### 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม ที่เน้นย้ำว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพสมองได้ เช่น การออกกำลังกาย

อย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การนอนหลับให้เพียงพอ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การฝึกฝนทักษะทางปัญญา และการจัดการความเครียด<sup>29</sup> การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันในระดับสูงแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความตระหนักและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ในทฤษฎีของโอเร็มที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ซึ่งยังมีสถานะสุขภาพที่ค่อนข้างแข็งแรงและสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อาศัยในชุมชนมากกว่า 5 ปี และมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม เหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิต มีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง<sup>30</sup> ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .196, p = .030$ ) แม้ว่าความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็มที่ระบุว่าความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากบุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและวิธีการดูแลตนเองก่อนที่จะสามารถตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพสมอง เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงและวิธีการป้องกันที่เหมาะสม และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Livingston และคณะ<sup>31</sup> ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ของภาวะสมองเสื่อมเป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Clare และคณะ<sup>32</sup> ที่พบว่าความรู้และการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพสมองในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างสมบูรณ์ตามทฤษฎีของโอเร็ม ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้าน นอกจากความรู้แล้วยังรวมถึงทักษะ แรงจูงใจ และการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ<sup>26</sup> ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันจึงต้องมีการพัฒนาในหลายมิติควบคู่กันไป ไม่ใช่เพียงการให้ความรู้เท่านั้น แต่ต้องมีการฝึกอบรมทักษะ สร้างแรงจูงใจ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติด้วย

### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .180, p = .047$ ) แม้ว่าความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีมักมองว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เป็นไปได้

และตนเองสามารถทำได้ ทักษะคิดเชิงบวกนี้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม เมื่อผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองได้และการกระทำของตนมีผลดีต่อสุขภาพ จะส่งผลให้มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

### 5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.020, p = .830$ ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน แม้ว่าทฤษฎีของโอเร็มจะระบุว่าปัจจัยทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองก็ตาม ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เข้มแข็งเพียงพอที่จะดำเนินการดูแลตนเองได้โดยอิสระ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากภายนอกมากนัก<sup>33</sup> โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอาศัยในชุมชนมากกว่า 5 ปี และมีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ค่อนข้างเข้มแข็งและมีเสถียรภาพอยู่แล้ว ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงอาจไม่ใช่ตัวแปรที่แสดงความแตกต่างหรือส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างชัดเจนในกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุทุกคนได้รับการสนับสนุนในระดับที่ค่อนข้างสูงและใกล้เคียงกัน ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือชุมชนจึงอาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญเท่ากับความรู้และทัศนคติของตัวผู้สูงอายุเอง

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

จากผลการวิจัยที่พบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรพัฒนาและจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สื่อและวิธีการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล การใช้สื่อและวิดีโอที่เข้าใจง่ายและการจัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชน ที่มีเนื้อหาครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพสมอง รวมทั้งการจัดการโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานนอกจากนี้ ควรจัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชนบท โดยอาจใช้ภาษาท้องถิ่นและตัวอย่างที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุมารวมทั้งควรมีการจัดตั้งคลินิกความจำและศูนย์ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพสมองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) พยาบาลควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและออกแบบแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลโดยเน้นการส่งเสริมความรู้ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง และการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการความสะดวก

(Facilitator) ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ควรใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ การประเมินครอบครัวครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ ทักษะ และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป ควรส่งเสริมการพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงบำบัดและการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ

3) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นสมองและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายกลุ่ม การเล่นเกมฝึกสมอง กิจกรรมนันทนาการ และการจัดกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ และเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ อสม. ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น การสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะสมองเสื่อม ในระยะแรก และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพสมอง นอกจากนี้ ควรมีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและกิจกรรมได้ง่าย ส่งเสริมให้อสม. เป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมองและเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุกับระบบบริการสุขภาพ

4) ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรให้ความสนใจและสนับสนุนผู้สูงอายุในครอบครัว ให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพสมอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การออกกำลังกายร่วมกัน การสนทนาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบและการให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ควรสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ และให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวเพื่อป้องกันความเหงาและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเอง นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ครอบครัวสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การปรับแต่งบ้านให้เหมาะสมทั้งสภาพแวดล้อมภายใน ภายนอก ความสว่าง ความสะดวกในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทอาจไม่ได้ถูกกำหนดโดยคุณลักษณะรายบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่มีแนวโน้มถูกหล่อหลอมและชี้นำโดยปัจจัยระดับชุมชนและบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่รายล้อมมากกว่า บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยเชิงบริบทที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในมิติต่าง ๆ อย่างครอบคลุมมากขึ้น

2) ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมหรือแผนการพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

การศึกษาควรประเมินทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรม และควรพัฒนาโปรแกรมที่มีความหลากหลาย สามารถปรับใช้ได้ตามบริบทของแต่ละชุมชน

3) ควรมีการศึกษาดูตามผลระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ

4) ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เช่น แอปพลิเคชันบนมือถือสำหรับการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เกมฝึกสมองออนไลน์ ระบบเตือนความจำ และ Telemedicine สำหรับการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพสมองเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความสะดวกในการดูแลสุขภาพสมอง โดยเฉพาะในยุคที่ผู้สูงอายุเริ่มมีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dementia [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557-2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์การจัดการสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565-2579. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565.
4. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
5. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. อำไพ พิมพ์ไกร, พรรณพิศ นันทาวัง, รัชภูมิ เมืองแก้ว, อติสร ศรีทิพย์รักษ์, นิภาพรณ ทิพย์จักร. รายงานการวิจัย เรื่อง ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรักษาโรคสมองเสื่อมในเขตจังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper-ต้นทุน-อำไพ%20พิมพ์ไกร.pdf>
7. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet 2020;396(10248):413-446.
8. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet 2017;390(10113):2673-2734.

9. National Institutes of Health. 2024 NIH Alzheimer's and Related Dementias Research Progress Report: Advances and Achievements [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/about/2024-nih-dementia-research-progress-report>
10. Raichlen DA, Aslan DH, Sayre MK, Bharadwaj PK, Ally M, Maltagliati S, et al. Sedentary behavior and incident dementia among older adults. JAMA 2023;330(10):934-940.
11. Zhang B, Liang S, Zhao S, Qian Z, Bassig BA, Yang R, et al. Comparison of particulate air pollution from different emission sources and incident dementia in the US. JAMA Intern Med 2023;183(10):1080-1089.
12. สุพัตรา จันทร์เกษม, ภาวิณี เทพสิทธิ์, อรุมา วงศ์ธีระวิทย์. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2565;34(3):128-145.
13. สำนักงานสถิติจังหวัดปทุมธานี. สถิติประชากรจังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: สำนักงานสถิติจังหวัดปทุมธานี; 2566.
14. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
15. Taylor SG, Renpenning KM. Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem. New York: Springer Publishing Company; 2011.
16. Sousa VD, Zauszniewski JA, Musil CM, Price Lea PJ, Davis SA. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. Res Theory Nurs Pract 2005;19(3):217-230.
17. เบญจรัตน์ หาญพิทักษ์, สุรีย์ หงษ์กิตติกุล, วิมลรัตน์ พฤกษาวิน. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(4):67-78.
18. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: a foundational science. Nurs Sci Q. 2001;14(1):48-54.
19. Berbiglia VA, Banfield B. Advancing nursing practice with Orem's theory of self-care. In: Parker ME, Smith MC, editors. Nursing theories and nursing practice. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015.
20. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
21. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. Multivariate Behav Res 1991;26(3):499-510.
22. Best JW. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1977.
23. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์ มีเดีย; 2553.

24. Okamoto S, Kobayashi E, Murayama H, Liang J, Sugihara Y, Fukaya T, et al. Decomposition of gender differences in cognitive functioning: National Survey of the Japanese elderly. *BMC Geriatr* 2021;21(38):1-13.
25. Taweekoon C, Phanmool J. Ageing society, life skills, self-efficacy, social support and self-care behavior of the elderly in Amphoe Mueng, Nonthaburi Province. In: *Proceedings of the 6<sup>th</sup> International Symposium on the Fusion of Science and Technologies (ISFT2017)*; 2017 Jul 17–21; Jeju, South Korea [cited 2025 Dec 15]. Available from: [https://rdi2.mutsb.ac.th/2011/digipro/isft2017/SC/23%5BSC002%5D\\_F.pdf](https://rdi2.mutsb.ac.th/2011/digipro/isft2017/SC/23%5BSC002%5D_F.pdf)
26. Phetsitong R, Putsa B, Wiwattanaworaset P, Ket-Aim S. Cognitive impairment and dementia in Thailand: current evidence and future research directions. *J Med Assoc Thai* 2021;104(5):844-853.
27. Valenzuela M, Brayne C, Sachdev P, Wilcock G, Matthews F. Cognitive leisure activities and future risk of cognitive impairment and dementia: systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Int Psychogeriatr* 2011;23(11):1779-1806.
28. Snowden MB, Steinman LE, Bryant LL, Cherrier MM, Greenlund KJ, Leith KH, et al. Dementia and co-occurring chronic conditions: a systematic literature review to identify what is known and where are the gaps in the evidence? *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32(4):357-371.
29. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385(9984):2255-2263.
30. Backman K, Hentinen M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *J Adv Nurs* 1999;30(3):564-572.
31. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission. *Lancet*. 2024;404(10452):572-628.
32. Clare L, Wu YT, Teale JC, MacLeod C, Matthews F, Brayne C, et al. Potentially modifiable lifestyle factors, cognitive reserve, and cognitive function in later life: a cross-sectional study. *PLoS Med* 2017;14(3):e1002259.
33. Chuakhamfoo NN, Phanthunane P, Chansirikarn S, Pannarunothai S. Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: a cross-sectional survey through their caregivers. *BMJ Open* 2020;10(3):e032637



## การพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

อุษณีย์ เอกสุวิรพงษ์<sup>1\*</sup> จุฬาลักษณ์ พชรทิพย์<sup>1</sup> ชลธิชา กิตติขานันท์<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดสุราษฎร์ธานีให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนด และเพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนผู้ประกอบการสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 34 คน และพนักงานเจ้าหน้าที่จำนวน 18 คน รวมเป็น 52 คน และสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 34 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยแบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร แบบสำรวจความรู้ และแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed Ranks Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าในขั้นตอนการวางแผน ผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนด และไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจประเมินสถานที่ที่ชัดเจน จึงได้จัดทำแบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรฉบับใหม่ขึ้นร่วมกัน ขั้นตอนการปฏิบัติและสังเกตการณ์ พบว่าหลังเข้าร่วมประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรสูงกว่าก่อนเข้าร่วมประชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สามารถพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินสถานที่เพิ่มขึ้น 9 แห่ง (ร้อยละ 26.5) และคะแนนรวมของการตรวจประเมินสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) จากขั้นตอนการสะท้อนปฏิบัติพบว่าผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่มีความคิดเห็นว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีความหลากหลายทั้งรูปแบบและแหล่งที่มา ประกอบกับพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นกฎหมายใหม่ที่มีกฎหมายฉบับรองออกมาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบที่สามารถพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรและเพิ่มความรู้ของผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในการดำเนินงานตามกฎหมายอย่างถูกต้องและยั่งยืนในอนาคต

**คำสำคัญ:** สถานที่ขาย, ผลิตภัณฑ์สมุนไพร, พนักงานเจ้าหน้าที่, ผู้ประกอบการ

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: utsanicp@gmail.com

## The development of herbal stores in Surat Thani Province

Utsani Eksuweeraphong<sup>1\*</sup> Chulaluck Pacharathip<sup>1</sup> Chonticha Kittichanan<sup>1</sup>

### Abstract

This research aimed to develop the herbal stores in Surat Thani Province to comply with legal requirements and to enhance the knowledge of entrepreneurs and regulatory officers regarding the relevant laws governing herbal stores. This study was an action research comprising 4 phases: planning, action, observation, and reflection. The participants included 34 representatives of herbal stores and 18 regulatory officers, totaling 52 participants, and 34 herbal stores. Both quantitative and qualitative data were collected using a herbal store inspection form, a knowledge survey, and semi-structured interview. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-ranks Test, and content analysis.

The results showed that during the planning stage, both entrepreneurs and officers lacked clear understanding of legal requirements, and there was no standardized tools for assessing the establishments. Consequently, a new inspection form for herbal store was collaboratively developed. In the action and observation stages, it was found that after participating in the workshop, the participants' knowledge scores regarding the laws governing herbal stores were significantly higher than before the workshop participation ( $p < 0.001$ ). Additionally, 9 more herbal stores (26.5%) were able to meet the inspection criteria, and the overall scores from the second inspection increased significantly ( $p < 0.001$ ). In the reflection stage, both entrepreneurs and officers expressed that herbal products were diverse in both form and origin and that the Herbal Product Act is a relatively new law with subordinate regulations being continuously implemented. Therefore, action research is an effective approach for developing herbal stores and enhancing the knowledge of entrepreneurs and officers, leading to positive behavioral changes and sustainable lawful compliance in the future.

**Keywords:** Herbal stores, Herb products, Entrepreneurs, Regulatory officers

---

<sup>1</sup> Surat Thani Provincial Public Health Office

\*Corresponding author e-mail: utsanicp@gmail.com

## บทนำ

ปัจจุบันประชาชนมีแนวโน้มใช้สมุนไพรเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยมองว่าสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยและมาจากธรรมชาติ สอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐที่มุ่งผลักดันประเทศไทยให้เป็นผู้นำในภูมิภาคด้านสมุนไพรเพื่อสุขภาพ โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2570 มูลค่าตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 140,000 ล้านบาท จากผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งมูลค่าตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศไทยอยู่ที่ 56,944.4 ล้านบาท<sup>1-2</sup>

ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทยอยู่ในการควบคุมกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ภายใต้พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การควบคุมกำกับ ส่งเสริม และพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นไปอย่างมีระบบและครบวงจร ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยมีความปลอดภัย มีคุณภาพมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับสากล และเพิ่มโอกาสในการส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยสู่ตลาดต่างประเทศ ซึ่งพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 มิถุนายน 2562 โดยกำหนดให้ยาแผนโบราณสำหรับมนุษย์ถูกควบคุมกำกับภายใต้พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร ส่งผลให้สถานที่ขายยาแผนโบราณเดิมที่เคยอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เปลี่ยนเป็นสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร<sup>3</sup>

ในปี พ.ศ. 2567 มีสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 1,905 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 491 แห่ง รองลงมาคือจังหวัดชลบุรี จำนวน 68 แห่ง และจังหวัดสมุทรปราการ 62 แห่ง สำหรับจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 34 แห่ง โดยส่วนใหญ่เป็นสถานที่ขายยาแผนโบราณเดิมจำนวน 29 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.29<sup>4</sup> และในปัจจุบัน กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร อย. ได้ออกกฎหมายลำดับรองในการควบคุมกำกับเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร อาทิเช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการนำเข้าและการขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2566 ซึ่งกำหนดลักษณะของสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยผู้รับอนุญาตขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรของสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้รับอนุญาตก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ต้องปรับให้เป็นไปตามประกาศนี้ภายใน 2 ปีหรือภายในวันที่ 21 พฤษภาคม 2569<sup>5</sup> ประกาศคณะกรรมการผลิตภัณฑ์สมุนไพร เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงป้ายและใบอนุญาตของผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 โดยกำหนดขนาด ข้อความ และตำแหน่งของป้ายซึ่งประกาศนี้มีผลบังคับใช้แล้ว<sup>6</sup> เป็นต้น

จากผลการตรวจประเมินสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรครั้งแรกในปี พ.ศ. 2567 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าไม่มีสถานประกอบการใดผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด โดยสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ประกอบการและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการ

สถานที่ขายยาแผนโบราณเดิมยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนดและหลักเกณฑ์ใหม่ อาทิ ลักษณะสถานที่ที่ถูกต้อง การแสดงป้ายอนุญาต และการจัดเก็บผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของการสื่อสารและการบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่อย่างชัดเจน ซึ่งปัญหาการไม่ทราบข้อกำหนดดังกล่าว ส่งผลให้สถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับกฎหมายใหม่ได้ทันเวลา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้บริโภค และเสี่ยงต่อการไม่สามารถปฏิบัติตามกฎหมายที่มีผลบังคับใช้ภายในวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 จึงเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการแก้ไขให้ทันต่อกรอบเวลาที่กฎหมายกำหนด

ทั้งนี้ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) ที่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อยกระดับมาตรฐานสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้สอดคล้องกับข้อกำหนดฉบับใหม่ในระดับจังหวัดมาก่อน งานวิจัยนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยพัฒนาและประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้เป็นไปตามข้อกำหนด
2. เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้ประกอบการ และพนักงานเจ้าหน้าที่

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนปฏิบัติ ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาและออกแบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีจำนวนทั้งสิ้น 18 คน ประกอบด้วยตัวแทนผู้ประกอบการ 5 คน พนักงานเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5 คน โรงพยาบาล 5 คน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับการกำกับดูแลหรือดำเนินการในสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและสะท้อนสภาพจริงของพื้นที่ การสนทนากลุ่มใช้เวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

2. การปฏิบัติ (Action) โดยแบ่งเป็น 1) ประเมินมาตรฐานสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร และความรู้เกี่ยวกับกฎหมายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ครั้งที่ 1 ในสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร และแบบสำรวจความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายผลิตภัณฑ์สมุนไพรแก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง เนื้อหาการประชุม ประกอบด้วยหน้าที่ของ

ผู้ประกอบการและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มาตรฐานสถานที่ การจัดทำป้าย บัญชี รายงาน การตรวจสอบฉลาก การคัดเลือกผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อขาย การส่งมอบผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามหลักวิชาการ และแนวทางการโฆษณาที่ถูกต้องตามกฎหมาย เป็นต้น ในระหว่างการประชุมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันปรับปรุงแบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง

3. การสังเกตการณ์ (Observation) หลังจากการให้ความรู้และปรับปรุงแบบบันทึกแล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูล ครั้งที่ 2 เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงของมาตรฐานสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร และความรู้เกี่ยวกับกฎหมายผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยใช้แบบบันทึกและแบบสำรวจความรู้ชุดเดียวกับครั้งที่ 1 ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อสะท้อนความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ได้รับจากการดำเนินการ

4. การสะท้อนปฏิบัติ (Reflection) ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร และปรับปรุงแบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อวางแผนการตรวจในรอบต่อไป

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนของผู้ประกอบการสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรทุกแห่ง จำนวน 34 คน พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร เฉพาะในอำเภอที่มีสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 18 คน และสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำนวน 34 แห่ง ในระหว่าง วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2568

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1 แบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกฎหมายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น หมวดที่ 1 สถานที่ ประเมินความมั่นคง แข็งแรง ความสะอาด ความเหมาะสมเพียงพอของพื้นที่ จำนวน 6 ข้อ หมวดที่ 2 ป้ายและอุปกรณ์ ประเมินความถูกต้อง ครบถ้วนของป้ายต่าง ๆ ใบอนุญาต และอุปกรณ์ที่ใช้ในการขาย จำนวน 7 ข้อ หมวดที่ 3 บุคลากร ประเมินคุณสมบัติความรู้ และความรับผิดชอบของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและพนักงาน จำนวน 4 ข้อ หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบ ประเมินระบบการจัดซื้อ การจัดเก็บ การควบคุมคุณภาพ การรายงาน และการจัดการผลิตภัณฑ์ที่หมดอายุ จำนวน 6 ข้อ หมวดที่ 5 การให้บริการ ประเมินการให้บริการ การคัดกรองผู้รับบริการ การจัดการสื่อโฆษณาและการเฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์ จำนวน 11 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะปลายปิดให้เลือกตอบคำตอบเพียง 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบเหมาะสม/ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน และตอบควรปรับปรุง/ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน และเนื่องจากกฎหมายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยังไม่มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้เกณฑ์การตรวจประเมินสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเป็นแนวทางในการพัฒนาเกณฑ์การตรวจประเมินสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยพิจารณา

จากข้อเท็จจริงที่ว่าสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรเคยอยู่ภายใต้การกำกับของพระราชบัญญัติยาเช่นเดียวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันมาก่อน ซึ่งกำหนดเกณฑ์คือให้คะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละหมวดต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70<sup>7</sup> โดยคิดเป็นคะแนนขั้นต่ำที่ต้องผ่านดังนี้ หมวดที่ 1 สถานที่ ไม่ต่ำกว่า 5 คะแนน หมวดที่ 2 ป้ายและอุปกรณ์ ไม่ต่ำกว่า 5 คะแนน หมวดที่ 3 บุคลากร ไม่ต่ำกว่า 3 คะแนน หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบ ไม่ต่ำกว่า 5 คะแนน และหมวดที่ 5 การให้บริการ ไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน แบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่านและอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยจำนวน 1 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00

1.2 แบบสำรวจความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุสถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ระยะเวลาที่เปิดกิจการ รูปแบบผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ขาย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร และช่องทางการได้รับข้อมูล ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบถูกผิด มีเกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน จากนั้นแปลผลโดยใช้การแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom<sup>8</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

|                     |                               |               |
|---------------------|-------------------------------|---------------|
| ความรู้ระดับต่ำ     | หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 | (0-8 คะแนน)   |
| ความรู้ระดับปานกลาง | หมายถึง คะแนนร้อยละ 60-79     | (9-11 คะแนน)  |
| ความรู้ระดับสูง     | หมายถึง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป | (12-15 คะแนน) |

แบบสำรวจความรู้ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่านและอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยจำนวน 1 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่มผู้ประกอบการของสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรจังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 10 คน และพนักงานเจ้าหน้าที่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีในอำเภอที่ไม่มีสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำนวน 10 คน ได้เท่ากับ 0.76

## 2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) โดยใช้แนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมการสนทนา สถานการณ์และความคาดหวังสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด บทบาทของผู้ประกอบการ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ออกตรวจสอบสถานที่ และพนักงานเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.2 การสัมภาษณ์เจาะลึก (Indepth interview) ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ใช้ข้อคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ประกอบด้วย ชื่อสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ความยาก-ง่ายต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร สิ่งที่ต้องการจากหน่วยงานรัฐ หรือเอกชนในการสนับสนุนการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO2024-125

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ และแบบสำรวจความรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายผลการตรวจสอบสถานที่ และผลของความรู้ ด้วยการคำนวณค่ามัธยฐาน พิสัย ความถี่ ร้อยละ และสถิติ Wilcoxon signed-ranks test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เปรียบเทียบผลการตรวจสอบสถานที่ และผลของความรู้ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เนื้อหา จัดกลุ่มข้อมูล เพื่อสรุปถึงข้อเสนอแนะในการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร

## ผลการวิจัย

### 1. การวางแผน (Planning)

จากการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเกณฑ์มาตรฐานสถานที่ที่กฎหมายกำหนด รวมถึงไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจประเมินสถานที่ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับกฎหมาย ทั้งนี้จากการระดมความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการ พนักงานเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงได้จัดทำแบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรฉบับใหม่ขึ้น โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน 5 หมวด ได้แก่ 1) สถานที่ 2) ป้ายและอุปกรณ์ 3) บุคลากร 4) การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบ และ 5) การให้บริการ รวม 34 ข้อ เพื่อให้ผู้ตรวจและผู้ประกอบการใช้เป็นแนวทางเดียวกัน เป็นการยกระดับมาตรฐานสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 และกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้อง

### 2. การปฏิบัติ (Action)

หลังจากการวิเคราะห์สถานการณ์ และได้แบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร จึงดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เพื่อประเมินสภาพมาตรฐานสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร และความรู้

เกี่ยวกับกฎหมายผลิตภัณฑ์สมุนไพรของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรแก่ผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งระหว่างการประชุมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกปฏิบัติการใช้แบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรฉบับที่พัฒนาไว้ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจข้อกำหนดของกฎหมายและเกณฑ์การตรวจประเมินมากขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจสอบสถานที่จริงได้อย่างถูกต้อง

### 3. การสังเกตการณ์ (Observation)

หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลการพัฒนามาตรฐานสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร และความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย โดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบที่และแบบสำรวจความรู้ชุดเดียวกับครั้งที่ 1 ซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

#### 3.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีจำนวน 52 คน มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.40) โดยส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากสถานที่ขาย (ร้อยละ 65.40) ซึ่งเป็นทั้งผู้ประกอบการและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ร้อยละ 40.40) มีระยะเวลาที่เปิดกิจการ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 82.40) รูปแบบของผลิตภัณฑ์สมุนไพรส่วนใหญ่ที่ขาย เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำเร็จรูป (ร้อยละ 38.20) และผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมาย (ร้อยละ 65.40) โดยช่องทางการได้รับข้อมูล คือ ได้รับข้อมูลจากเพื่อนมากที่สุด (ร้อยละ 52.10) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=52)

| ข้อมูลทั่วไป                | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-----------------------------|------------|--------|
| <b>อายุ (ปี)</b>            |            |        |
| 60 ปีขึ้นไป                 | 21         | 40.40  |
| น้อยกว่า 40                 | 12         | 23.10  |
| 50 – 59                     | 11         | 21.10  |
| 40 – 49                     | 8          | 15.40  |
| Median = 55.50, IQR = 24.00 |            |        |
| <b>สถานที่ทำงาน</b>         |            |        |
| สถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร  | 34         | 65.40  |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ      | 10         | 19.20  |
| โรงพยาบาล                   | 6          | 11.50  |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด    | 2          | 3.80   |



| ข้อมูลทั่วไป                                                                     | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|
| <b>ตำแหน่ง</b>                                                                   |            |        |
| เป็นทั้งผู้ประกอบการและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ                                    | 21         | 40.40  |
| พนักงานเจ้าหน้าที่                                                               | 18         | 34.60  |
| ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ                                                           | 6          | 11.50  |
| พนักงานในสถานที่ขาย                                                              | 4          | 7.70   |
| ผู้ประกอบการ                                                                     | 3          | 5.80   |
| <b>ระยะเวลาที่เปิดกิจการ (ปี) (เฉพาะสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำนวน 34 แห่ง)</b> |            |        |
| น้อยกว่า 10 ปี                                                                   | 6          | 17.60  |
| 10 – 19                                                                          | 11         | 32.40  |
| 20 – 29                                                                          | 10         | 29.40  |
| มากกว่า 30 ปีขึ้นไป                                                              | 7          | 20.60  |
| Median = 19.50, IQR = 13.00                                                      |            |        |
| <b>รูปแบบของผลิตภัณฑ์สมุนไพร (เฉพาะสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรจำนวน 34 แห่ง)</b>  |            |        |
| ผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำเร็จรูป                                                        | 13         | 38.20  |
| ผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำเร็จรูป และแปรรูป                                              | 11         | 32.40  |
| ผลิตภัณฑ์สมุนไพรแปรรูป                                                           | 10         | 29.40  |
| <b>การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมาย</b>                                     |            |        |
| ไม่เคย                                                                           | 34         | 65.40  |
| เคย                                                                              | 18         | 34.60  |
| <b>ช่องทางการได้รับข้อมูล (n=23) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>                       |            |        |
| เพื่อน                                                                           | 12         | 52.10  |
| สื่อต่างๆ                                                                        | 5          | 21.70  |
| เจ้าหน้าที่                                                                      | 3          | 13.10  |
| การเข้าร่วมประชุม                                                                | 3          | 13.10  |

### 3.2 ผลการตรวจประเมินสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร

สถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวนทั้งสิ้น 34 แห่ง ซึ่งสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรทุกแห่งเข้าร่วมการวิจัยนี้ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวม ซึ่งคิดเป็นร้อยละของคะแนนรวมในแต่ละหมวด พบว่าคะแนนรวมทุกหมวดของการตรวจประเมินสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นจากการตรวจประเมินสถานที่ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และเมื่อพิจารณารายหมวดพบว่าคะแนนรวมของการตรวจประเมินสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นจากการ

ตรวจประเมินสถานที่ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ถึง 4 หมวดจาก 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 2 ป้ายและอุปกรณ์ หมวดที่ 3 บุคลากร หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบ และหมวดที่ 5 การให้บริการ รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจประเมินสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร (n=34)

| หมวด                                            | ครั้งที่ 1           | ครั้งที่ 2           | z       | p       |
|-------------------------------------------------|----------------------|----------------------|---------|---------|
|                                                 | ค่ามัธยฐาน $\pm$ IQR | ค่ามัธยฐาน $\pm$ IQR |         |         |
| 1. สถานที่                                      | 66.67 $\pm$ 33.33    | 66.67 $\pm$ 33.33    | -1.796  | 0.072   |
| 2. ป้ายและอุปกรณ์                               | 42.86 $\pm$ 28.57    | 100.00 $\pm$ 14.29   | -5.349  | < 0.001 |
| 3. บุคลากร                                      | 0.00 $\pm$ 25.00     | 50.00 $\pm$ 31.25    | -5.098  | < 0.001 |
| 4. การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบ | 33.33 $\pm$ 20.83    | 83.33 $\pm$ 33.33    | -5.422  | < 0.001 |
| 5. การให้บริการ                                 | 60.00 $\pm$ 10.00    | 90.00 $\pm$ 8.64     | -5.240  | < 0.001 |
| รวมทุกหมวด                                      | 42.42 $\pm$ 13.64    | 81.53 $\pm$ 14.17    | -47.269 | < 0.001 |

และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน พบว่าในการตรวจสถานที่ครั้งที่ 1 หมวดที่มีสถานที่ขายผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินจำนวนมากที่สุดคือ หมวดที่ 1 สถานที่ที่มีสถานที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินในหมวดนี้ 11 แห่ง (ร้อยละ 32.40) ในขณะที่หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบ ไม่มีสถานที่ขายผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินในหมวดนี้ (ร้อยละ 0.00) สำหรับการตรวจสถานที่ครั้งที่ 2 พบว่าหมวดที่ 5 การให้บริการ และหมวดที่ 2 ป้ายและอุปกรณ์ มีสถานที่ขายผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.10 และ 88.20 ตามลำดับ) แต่เนื่องจากสถานที่ ที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินต้องมีคะแนนเฉลี่ยแต่ละหมวดไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ซึ่งการตรวจสถานที่ครั้งที่ 1 ไม่มีสถานที่ขายใดผ่านเกณฑ์ แต่เมื่อตรวจสถานที่ครั้งที่ 2 มีสถานที่ขายผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 26.50) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินสถานที่\* ในแต่ละหมวด (n=34)

| หมวด                                            | ครั้งที่ 1 |        | ครั้งที่ 2 |        |
|-------------------------------------------------|------------|--------|------------|--------|
|                                                 | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ |
| 1. สถานที่                                      | 11         | 32.40  | 13         | 38.20  |
| 2. ป้ายและอุปกรณ์                               | 1          | 2.90   | 30         | 88.20  |
| 3. บุคลากร                                      | 3          | 8.80   | 9          | 26.50  |
| 4. การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบ | 0          | 0.00   | 23         | 67.60  |
| 5. การให้บริการ                                 | 1          | 2.90   | 33         | 97.10  |
| รวมผ่านเกณฑ์ทุกหมวด                             | 0          | 0.00   | 9          | 26.50  |

\*คะแนนเฉลี่ยแต่ละหมวดต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

### 3.3 ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร

คะแนนความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมประชุมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11.00 (IQR = 3.00) จัดอยู่ในกลุ่มความรู้ระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมประชุมเท่ากับ 14.00 (IQR = 1.00) จัดอยู่ในกลุ่มความรู้ระดับสูง เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมประชุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุม (n=52)

| ความรู้ | ค่ามัธยฐาน | IQR  | z     | p      |
|---------|------------|------|-------|--------|
| ก่อน    | 11.00      | 3.00 | -5.67 | <0.001 |
| หลัง    | 14.00      | 1.00 |       |        |

### 4. การสะท้อนปฏิบัติ (Reflection)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการถอดบทเรียนของผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ พบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบในด้านความเข้าใจ ข้อกฎหมาย การปฏิบัติตามมาตรฐานสถานที่ และการพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการ กับหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งจากเดิมผู้ประกอบการรับรู้ข้อมูลกฎหมายผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากเพื่อนหรือเครือข่ายวิชาชีพ ในขณะที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้รับข้อมูลจากเว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา โดยขาดการชี้แจงอย่างเป็นระบบ ทำให้การตีความข้อกฎหมายไม่ตรงกัน ซึ่งการดำเนินการวิจัย ในครั้งนี้ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันและเห็นความสำคัญในการ พัฒนาสถานที่ระหว่างผู้ประกอบการกับหน่วยงานกำกับดูแล ในด้านการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสถานที่ การพัฒนาแบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการและพนักงาน เจ้าหน้าที่ เป็นจุดสำคัญที่ทำให้กระบวนการตรวจประเมินมีมาตรฐานเดียวกันและตรวจสอบย้อนกลับได้ ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการประเมินแล้ว ผู้ประกอบการยังมีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม พัฒนาสถานที่ให้ได้มาตรฐานด้วย อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาด้านการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยเฉพาะในส่วนของวัตถุดิบสมุนไพรที่มีความหลากหลายทั้งชนิดและแหล่งที่มา ทำให้การ กำหนดแนวทางการตรวจสอบคุณภาพและการจัดเก็บที่เหมาะสมยังทำได้ยาก ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุน จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนดข้อกฎหมายให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น

นอกจากนี้ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเนื่องจากผู้มีส่วนที่ ปฏิบัติการส่วนใหญ่มีอายุมาก และไม่สะดวกในการเข้ารับการอบรมหลักสูตรเพิ่มเติมที่กฎหมายกำหนด ทางระบบออนไลน์ จึงเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดอบรมภายในพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวก และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการเรียนรู้ ในส่วนของข้อเสนอที่ต้องการจากภาครัฐ ผู้ประกอบการต้องการให้ ภาครัฐจัดทำสื่อให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย และจัดทำแบบฟอร์มที่ใช้สนับสนุนในสถานที่ขาย เช่น บัญชีและ

รายงานการซื้อ-ขาย แบบบันทึกอุณหภูมิ-ความชื้น และแบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อให้การดำเนินงานในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

### อภิปรายผลการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้พัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรเข้าร่วมการพัฒนาทั้งหมด 34 แห่ง รวมถึงพนักงานเจ้าหน้าที่ในอำเภอที่มีสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยผลการประเมินสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมทุกหมวดของการตรวจประเมินครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นจากครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.42 (IQR = 13.64) เป็น ร้อยละ 81.53 (IQR = 14.17) เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่าหมวดที่ 2 ป้ายและอุปกรณ์ หมวดที่ 3 บุคลากร หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบ และหมวดที่ 5 การให้บริการ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งก่อนการดำเนินการวิจัย ไม่พบสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่หลังกระบวนการพัฒนา พบว่าสถานที่ขายจำนวน 9 แห่ง จากทั้งหมด 34 แห่ง (ร้อยละ 26.50) ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินที่กำหนด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่าคะแนนของผลการตรวจประเมินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกหมวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรกช โกมุตกลาง<sup>9</sup> ที่พบว่าผลการพัฒนาร้านยาทำให้มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละหมวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษารังนี้แตกต่างจากการศึกษาของอุสาห์ จันทรวิจิตร<sup>10</sup> ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนายกระดับมาตรฐานวิธปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรี และพบว่าหมวดที่มีการพัฒนาได้ดีที่สุดคือหมวดสถานที่ และบุคลากร ซึ่งอาจมีสาเหตุจากลักษณะเฉพาะของผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทั้งผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและวัตถุดิบสมุนไพร ซึ่งต้องเก็บรักษาในสภาวะอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นพื้นที่ทางภาคใต้ที่มีฝนตกชุก จึงมีโอกาที่ชื้นส่วนของสมุนไพรจะเกิดเชื้อราได้ง่ายในขณะเดียวกันชื้นส่วนของสมุนไพรที่เป็นแก่นไม้มีความหนักและมีขนาดใหญ่ จึงต้องขนส่งมาในบรรจุภัณฑ์ที่เป็นกระสอบ และผู้ประกอบการมักวางบนพื้นโดยตรง ในส่วนของหมวดที่ 3 บุคลากร ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการส่วนใหญ่ ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาคำหนด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้สถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรไม่ผ่านเกณฑ์ ในขณะที่การศึกษาของอุสาห์ จันทรวิจิตร<sup>10</sup> ผลิตภัณฑ์ในร้านขายยาแผนปัจจุบันเป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปทั้งหมด สามารถจัดวางให้เป็นสัดส่วนได้ง่าย และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่มีกฎหมายกำหนดให้ต้องผ่านการอบรมเพิ่มเติม

ในส่วน of ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้ประกอบการ และพนักงานเจ้าหน้าที่ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนของความรู้หลังการเข้าร่วมวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง

มีความรู้สูงขึ้นก่อนการประชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการให้ความรู้และประชุมเชิงปฏิบัติการมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้เข้าร่วม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การประชุมเกิดประสิทธิผล คือ การใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เช่น ภาพถ่ายสถานที่ขายจากการตรวจจริง การอธิบายข้อกำหนดด้วยภาษาที่ไม่ซับซ้อน และการเปิดโอกาสให้ซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura<sup>11</sup> ซึ่งระบุว่าความมั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคคลขึ้นอยู่กับระดับความรู้และประสบการณ์ เมื่อได้รับการเสริมสร้างความรู้ที่เพียงพอ ย่อมเพิ่มศักยภาพและความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามข้อกำหนดได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom<sup>12</sup> ที่อธิบายว่าการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพควรพัฒนาเป็นลำดับขั้นจาก “การจดจำ” → “การเข้าใจ” → “การประยุกต์ใช้” ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถยกระดับจากการจดจำข้อกำหนดไปสู่การประยุกต์ใช้ในการตรวจประเมินสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้จริง ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ณวัฒน์ สมบัติภูธร และคณะ<sup>13</sup> ที่พบว่าการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพร้านขายยา ข.ย.2 ในจังหวัดชลบุรี ช่วยเพิ่มความรู้และทัศนคติของผู้ประกอบการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้ได้สร้างเครื่องมือที่ช่วยในการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร คือแบบบันทึกการตรวจสถานที่ซึ่งสร้างขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามข้อกำหนดเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ประกอบการ โดยเฉพาะผู้ประกอบการขายยาแผนโบราณเดิม ก่อนที่จะเปลี่ยนมาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร ในการพัฒนาสถานที่ให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการนำเข้าและขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 และผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับการตรวจติดตาม สามารถยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานของสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้เป็นไปตามกฎหมายได้จริง อย่างไรก็ตาม ปัญหาเชิงโครงสร้างด้านสถานที่และบุคลากร ยังคงต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการจัดการสภาพแวดล้อมการเก็บรักษาสมุนไพรให้เหมาะสมกับภูมิอากาศในพื้นที่ และการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติการผ่านการอบรมตามหลักสูตรของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เช่นเดียวกันนี้ กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการยังสามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้แก่ผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในการดำเนินงานตามกฎหมายอย่างถูกต้องและยั่งยืนในอนาคต

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำสื่อนำเสนอข้อมูลกฎหมาย ข่าวสาร และแนวทางปฏิบัติที่เป็นปัจจุบันในรูปแบบที่เข้าใจง่ายประกอบด้วยตัวอย่างภาพประกอบ คลิปวิดีโอสั้นและคำถามที่พบบ่อยเพื่อให้ผู้ประกอบการและ

พนักงานเจ้าหน้าที่สามารถศึกษาและนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ในช่องทางที่เข้าถึงง่ายเช่น เว็บไซต์หรือ LINE Official Account

2. ควรมีการติดตามผลการปรับปรุงมาตรฐานสถานที่ขายหลังการวิจัยในระยะยาว (เช่น 1-2 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการพัฒนาและให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามข้อบกพร่องที่ตรวจพบ รวมทั้งกระตุ้นให้สถานที่ขายที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานปรับปรุงสถานที่ให้ผ่านเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น

3. จัดอบรมหลักสูตรสำหรับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในระดับจังหวัด

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันในจังหวัดอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เมืองและชนบท ภูมิอากาศที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในแต่ละบริบท รวมทั้งเพื่อพัฒนารูปแบบที่สามารถปรับใช้ได้กับหลากหลายพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับทัศนคติและความพึงพอใจของผู้บริโภคที่ใช้บริการจากสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผ่านการพัฒนา เพื่อประเมินผลกระทบของการยกระดับมาตรฐานต่อความมั่นใจและความปลอดภัยของผู้บริโภค

#### ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จำกัดอยู่เฉพาะจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางภูมิอากาศและเศรษฐกิจแตกต่างกัน

#### เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ถึงเวลาโคยเงิน SME รุกตลาดสมุนไพร [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก [https://www.kasikornbank.com/th/business/sme/KSMEKnowledge/article/KSMEAnalysis/Documents/Herb\\_Market.pdf](https://www.kasikornbank.com/th/business/sme/KSMEKnowledge/article/KSMEAnalysis/Documents/Herb_Market.pdf)
2. สำนักข่าว Hfocus. 5 กระทรวง ผนึกกำลังเดินหน้าเต็มสูบพัฒนาเมืองสมุนไพรกระตุ้นเศรษฐกิจไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2024/04/30142>
3. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 56ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. ตรวจสอบการอนุญาต [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก [https://meshlog.fda.moph.go.th/SEARCH\\_CENTER\\_HERB/MAIN/SEARCH\\_CENTER\\_MAIN.aspx](https://meshlog.fda.moph.go.th/SEARCH_CENTER_HERB/MAIN/SEARCH_CENTER_MAIN.aspx)
5. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการนำเข้าและขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2566. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 140, ตอนพิเศษ 297 ง (ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2566).

6. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศคณะกรรมการผลิตภัณฑ์สมุนไพร เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงป้ายและใบอนุญาตของผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 239 ง (ลงวันที่ 30 กันยายน 2564).
7. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการผ่านการตรวจประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 123 ง (ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2559).
8. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill, 1971.
9. ประกข โคมุทกลาง. การพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) สุ่มมาตรฐานตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ในจังหวัดอุดรธานี. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2566;19(4):61-74.
10. อุษาส์ จันทรวิจิตร. รูปแบบการพัฒนาระดับมาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563;29(1):119-28.
11. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman & Co; 1997.
12. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
13. พงษ์ณวัฒน์ สมบัติภูธร, ญาดา เรียมริมมะดัน, อัยภูวงศ์ พลนอก. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาศักยภาพร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจสำเร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือหรือยาควบคุมพิเศษ ในจังหวัดชลบุรี. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563;15(2):347-359.

## การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกการรักษาเบื้องต้นด้วยหนามหวายโดยแพทย์แผนไทย

ทิพกฤตา สุวรรณธาดา<sup>1</sup> ศุภิสรา กรวิทยาธิลป<sup>1</sup> จูมาภรณ์ เกตุปลั่ง<sup>1</sup> ดลกมล วงษ์บำรุง<sup>1</sup> ธัญญชนก ภูทิว<sup>1</sup>  
ณิชนันท์ ปุ่มเพชร<sup>2</sup> พรรณิภา มีสา<sup>2</sup> ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์<sup>3\*</sup>

### บทคัดย่อ

การบ่งต่อเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาไทยที่ยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษาผลทางคลินิก แต่ได้รับความสนใจจากประชาชนจำนวนมาก การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมวิธี โดยทำการวิจัยเชิงปริมาณตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการเลือกเข้ารับการรักษาการบ่งต่อด้วยหนามหวายและเพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการบ่งต่อด้วยหนามหวายกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เข้ารับบริการบ่งต่อที่คลินิกจักษุแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 61 คน โดยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยปัญหาสุขภาพ ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด และปัจจัยความเชื่อมั่นและความศรัทธา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยปัจจัยกระบวนการตัดสินใจ โดยวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อความ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,000 บาทขึ้นไป 2) ปัจจัยปัญหาสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีปัญหาการมองเห็นไม่ชัดมากที่สุด 3) ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด พบว่าปัจจัยด้านสถานที่มีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.77 4) ปัจจัยความเชื่อมั่นและความศรัทธา พบว่าความปลอดภัยในการรักษา มีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการมากที่สุด 5) ปัจจัยกระบวนการตัดสินใจเลือก สะท้อนถึงความเชื่อมั่นและทัศนคติของผู้รับบริการที่แตกต่างไปตามประสบการณ์และความต้องการส่วนบุคคล

**คำสำคัญ:** การบ่งต่อ, หนามหวาย, โรคตา, การแพทย์ทางเลือก

<sup>1</sup> นักศึกษา หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

<sup>3</sup> วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: chalalai@acttm.ac.th



## A study of factors affecting the selection for eye disease treatment with Rattan Thorns performed by Thai Traditional Medical Practitioners

Thipgitta Suwannatada<sup>1</sup> Suphitsara Kornwittayasinn<sup>1</sup> Thimaporn Ketplung<sup>1</sup> Dolkamon Wongbumru<sup>1</sup>  
Tanyachanok Putawee<sup>1</sup> Nitchanan Poompet<sup>2</sup> Phannipa Meesa<sup>2</sup> Chalalai Chokdeesrijun<sup>3\*</sup>

### Abstract

Eye disease treatment by Rattan Thorns is a Thai traditional practice that remains in the early stages of clinical evaluation; however, it has attracted substantial public interest. This study employed a mixed-methods research design. The objectives were to examine factors affecting treatment selection for eye diseases with Rattan Thorns and to explore the decision-making process underlying the selection of this treatment. The study sample consisted of 61 patients who received eye disease treatment by Rattan Thorns at the Thai Traditional Ophthalmology Clinic, Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province. Thirty participants were purposively selected as key informants. Quantitative data were collected using a structured questionnaire covering demographic characteristics, health-related factors, marketing factors, and factors related to trust and faith. Descriptive statistical analysis was conducted using frequencies, percentages, means, and standard deviations. Qualitative data were obtained through semi-structured interviews focusing on decision-making processes and were analyzed using content analysis.

The findings revealed that: 1) demographic characteristics: the majority of participants were female, aged 60–69 years, held a bachelor's degree, were retired civil servants, and reported a monthly income of 30,000 baht or higher. 2) Health-related factors: most participants reported blurred vision as their primary complaint. 3) Marketing factors: service location exerted the greatest influence on treatment selection, with a mean score of 4.77. 4) Trust and faith factors: perceived treatment safety was identified as the most influential factor for service selection. 5) Decision-making process factors: these findings reflected variations in patients' confidence and attitudes toward treatment, which were shaped by individual experiences and personal health needs.

**Keywords:** Bong Tor, Rattan Thorns, Eye diseases, Alternative medicine

<sup>1</sup> Students, Bachelor of Applied Thai Traditional Medicine, Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province

<sup>3</sup> Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

\*Corresponding author e-mail: chalalai@acttm.ac.th

### บทนำ

การแพทย์พื้นบ้านตามนิยามของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ภูมิปัญญาการรักษาโรคของท้องถิ่น และชาติพันธุ์ ซึ่งผสมผสานองค์ความรู้จากความเชื่อทางศาสนา อำนาจเหนือธรรมชาติ และประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง การบ่งค้ำเป็นหนึ่งในกรรมวิธีการแพทย์พื้นบ้านดังกล่าว โดยใช้หนามหาวขมค้ำเส้นใยบริเวณจุดรอยโรคบนแผ่นหลังโดยไม่สัมผัสดวงตาโดยตรง<sup>1</sup> แม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยันประสิทธิผลของวิธีการรักษานี้อย่างชัดเจน และจากข้อมูลที่คณะผู้วิจัยได้รวบรวม พบว่า ปัจจุบันมีสถานพยาบาลที่ให้บริการบ่งค้ำด้วยหนามหาวกว่า 84 แห่งทั่วประเทศ

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการจัดบริการที่มีมาตรฐานสูงขึ้น แต่ผู้ป่วยบางส่วนยังคงมีความกังวลต่อการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดหรือการใช้ยาบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองหาทางเลือกอื่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง การแพทย์แผนไทยจึงกลายเป็น “ทางเลือก” ที่ตอบสนองต่อความเชื่อ วัฒนธรรม และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม แม้ภาครัฐจะมีนโยบายบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ในบางมิติ<sup>2</sup> แต่การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพดวงตายังมีข้อจำกัดทั้งในด้านโครงสร้างการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แม้จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น แต่ยังคงประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรบุคลากรเฉพาะทางด้านจักษุที่ไม่เพียงพอ และระยะเวลารอคอยการรักษาที่นาน<sup>3</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนเกิดความไม่พึงพอใจและแสวงหาทางเลือกอื่นในการดูแลสุขภาพดวงตา หนึ่งในนั้นคือการบ่งค้ำด้วยหนามหาว ซึ่งเป็นการแพทย์แผนไทยที่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากถูกมองว่าเป็นวิธีการรักษาที่สอดคล้องกับความเชื่อพื้นบ้าน มีค่าใช้จ่ายไม่สูง และให้ความหวังต่อการบรรเทาอาการทางตาที่ระบบการแพทย์ปัจจุบันอาจตอบสนองได้ไม่ทั่วถึง<sup>4</sup>

ทั้งนี้ นอกจากข้อจำกัดด้านระบบบริการสุขภาพแล้ว การตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการบ่งค้ำด้วยหนามหาวยังอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม เช่น เพศ ภาษา เชื้อชาติ วัฒนธรรม<sup>5</sup> รวมถึงทุนทางสังคมและทุนมนุษย์อย่างระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ ปฏิสัมพันธ์ และพฤติกรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของบุคคล อีกทั้งยังสัมพันธ์กับแนวคิดด้านส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ ราคา ช่องทางการให้บริการ และการส่งเสริมการตลาด ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้คุณค่าและแรงจูงใจในการเลือกใช้บริการ<sup>6</sup>

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการบ่งค้ำด้วยหนามหาวโดยแพทย์แผนไทยจึงมีความสำคัญ เพราะจะช่วยทำความเข้าใจถึงกลไกการตัดสินใจของผู้รับบริการในมิติที่ครอบคลุม ความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยอธิบายพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการ ความเชื่อและศรัทธาต่อ

การแพทย์แผนไทย ตลอดจนสะท้อนมิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเลือกในบริบทสังคมไทยได้อย่างรอบด้านยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการเลือกเข้ารับการรักษาการบ่งค้อด้วยหนามหวาย
2. เพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจเลือกรับบริการบ่งค้อด้วยหนามหวาย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed-method research) โดยใช้รูปแบบ Explanatory sequential design ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้มารับบริการบ่งค้อ ณ คลินิกจักษุแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ตอบแบบสอบถามโดยการสุ่มแบบตามสะดวก โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 18 ถึง 80 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ตลอดจนรับรู้ และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้มารับบริการที่ไม่สะดวกในการตอบหรือให้ข้อมูลในบางข้อคำถาม หรือผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์แผนไทย และมารับบริการบ่งค้อได้ ไม่ครบ 3 วัน

#### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 30 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จากกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ เลือกจากผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน ระดับการศึกษาต่างกัน และผู้ที่มีปัญหาทางสายตาที่ระยะเวลาต่างกัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นลักษณะเลือกตอบ และการเขียนตอบ ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยปัญหาสุขภาพและประวัติการรักษา ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวกับดวงตา การได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน และประสบการณ์การรักษากับแพทย์ทางเลือกในอดีต เป็นลักษณะเลือกตอบ และตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกรับบริการบ่งค้อด้วยหนามหวาย โดยแพทย์แผนไทย แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 4P's และความคาดหวังและความเชื่อมั่น เป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับความคิดเห็น ดังนี้ 5 หมายถึง มีอิทธิพลมากที่สุด 4 หมายถึง มีระดับอิทธิพลมาก 3 หมายถึง มีระดับอิทธิพลปานกลาง 2 หมายถึง มีระดับอิทธิพลน้อย และ 1 หมายถึง มีระดับอิทธิพลน้อยที่สุด

**ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่มีการกำหนดคำถามไว้ล่วงหน้าก่อนการเก็บข้อมูล โดยเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น และไม่มีกรอบคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามความเป็นจริง ได้แก่ ปัจจัยกระบวนการตัดสินใจเลือกซื้อ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การตระหนักถึงปัญหา ตอนที่ 2 การค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม ตอนที่ 3 การประเมินทางเลือกอื่น ตอนที่ 4 การตัดสินใจซื้อ และตอนที่ 5 พฤติกรรมหลังซื้อ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**ข้อมูลเชิงปริมาณ** ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาโดยใช้เทคนิคการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC : Index of Item Objective Congruence) ค่าความตรงของข้อคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67 – 1 โดยเป็นคำถามที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครบคลุม และชัดเจน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบัคแอลฟา (cronbach's alpha coefficient) 0.853 และ 0.837 ตามลำดับ

**ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาด้วยเทคนิคการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ค่าความตรงของข้อคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67 – 1

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 61 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยมีผู้ช่วยในการแจกแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายความสำคัญของการวิจัยนี้โดยละเอียด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมที่สุด

ส่วนที่สองคือ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะจงจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และได้รับอนุมัติตามเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ สธ. 11.04.09/350 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2568

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม และคัดออกกรณีกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์ จากนั้นทำการเข้ารหัสข้อมูล เพื่อเตรียมนำเข้าสู่โปรแกรมวิเคราะห์ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ เพื่อแสดงการกระจายของข้อมูล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงแนวโน้มของระดับความคิดเห็นในแต่ละปัจจัย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากข้อความ โดยทำการถอดเทปเสียงจากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างแบบคำต่อคำ แล้วตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จากการอ่านซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลทั้งหมด จากนั้นผู้วิจัยทำการแบ่งเนื้อหาจากคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์ออกเป็นหน่วยย่อย ๆ แล้วทำการตั้งรหัสเพื่อแทนแนวคิดสำคัญที่สะท้อนพฤติกรรม หรือความคิดสำคัญที่สะท้อนพฤติกรรม ทรรศนคติ หรือความรู้ของผู้ให้สัมภาษณ์ จากนั้นจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกันเข้าด้วยกันเป็นหมวดหมู่ย่อยและนำหมวดหมู่ย่อยที่ได้มาพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยอาศัยการวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อความ จากนั้นนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้มาวิเคราะห์เชิงสังเคราะห์

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 70.50) มีอายุระหว่าง 60–69 ปี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 44.26) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 20 คน (ร้อยละ 32.78) ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญจำนวน 20 คน (เป็นร้อยละ 32.78) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป จำนวน 17 คน (ร้อยละ 32.79) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะมั่นคง มีการศึกษาก่อนข้างสูง และอยู่ในช่วงวัยหลังเกษียณ ซึ่งอาจมีเวลามากขึ้นในการดูแลสุขภาพและตัดสินใจเลือกรับบริการทางการแพทย์แผนไทยได้ด้วยตนเอง

ปัจจัยปัญหาสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับสาขาทาลากหลายรูปแบบ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 4 อันดับแรก ได้แก่ มองเห็นไม่ชัด จำนวน 34 คน (ร้อยละ 55.74) รองลงมา คือ ระบายท้อง และ ตาสู้แสงไม่ได้ อาการละ 31 คน (ร้อยละ 50.82) และสายตายาว 28 คน (ร้อยละ 45.90) สำหรับปัญหาโรคตาที่พบในสัดส่วนน้อยที่สุดคือ ตาสู้ลมไม่ได้ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 42.62) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างบางรายมีอาการมากกว่าหนึ่งลักษณะอาการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพดวงตาที่พบบ่อยมักเกิดร่วมกันมากกว่าหนึ่งอาการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของการมองเห็นตามวัย

ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ของการตลาดมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการบ่งคิ้วด้วยหนามหวายในระดับมากถึงมากที่สุด สามารถแบ่งได้ ดังนี้ 1) ด้านผลิตภัณฑ์ (Product) เห็นว่าบริการดังกล่าวมีความน่าสนใจ มีค่าเฉลี่ย 4.70 และความอยากทดลองใช้บริการ มีค่าเฉลี่ย 4.42 อยู่ในระดับสูงสุด สะท้อนทัศนคติในเชิงบวกและการรับรู้ถึงเอกลักษณ์ของบริการบ่งคิ้วด้วยหนามหวาย 2) ด้านสถานที่ (Place) ได้รับคะแนนความคิดเห็นสูงสุดเช่นเดียวกัน โดยสถานที่สะอาด มีค่าเฉลี่ย 4.77 และการเดินทางสะดวก มีค่าเฉลี่ย 4.55 เป็นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีส่วนต่อการตัดสินใจมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าความสะอาดและความสะดวกในการเข้าถึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพของบริการ 3) ด้านการส่งเสริมการตลาด (Promotion) ได้คะแนนความคิดเห็นในระดับปานกลาง โดยการประชาสัมพันธ์ที่ทั่วถึง มีค่าเฉลี่ย 3.59 และการได้รับคำแนะนำจาก

ผู้อื่น มีค่าเฉลี่ย 3.39 สะท้อนว่าการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับบริการยังอยู่ในวงจำกัด และส่วนใหญ่เป็นการรับรู้ผ่านการบอกต่อมากกว่าช่องทางประชาสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ

ปัจจัยความเชื่อมั่นและความศรัทธาในการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นว่าปัจจัยด้านนี้มีผลต่อการตัดสินใจอยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.36–4.77 โดยข้อคำถามที่ได้รับคะแนนความคิดเห็นสูงสุด ได้แก่ ความปลอดภัยของการรักษา มีค่าเฉลี่ย 4.77 รองลงมาคือความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการ มีค่าเฉลี่ย 4.75 และความเชื่อมั่นในศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ย 4.60 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับความปลอดภัย ความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการและความเชื่อมั่นในศาสตร์การแพทย์แผนไทยในฐานะทางเลือกการรักษาที่มีรากฐานจากภูมิปัญญาและประสบการณ์จริงของผู้รับบริการ

ในขณะที่ข้อคำถามด้านผลการรักษาและประสบการณ์เคยรักษากับแพทย์แผนไทยมาก่อน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็น อยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 และ 3.36 ตามลำดับ อยู่ในระดับมากและปานกลาง สะท้อนว่าผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังมีประสบการณ์ตรงกับการรักษากับแพทย์แผนไทยไม่มากนัก แต่มีแนวโน้มเชื่อถือและยอมรับในประสิทธิผลของการรักษามากขึ้น เมื่อได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์โดยตรง

## 2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัจจัยกระบวนการตัดสินใจเลือกบริการบ่งต่อด้วยหนามหวาย โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่ง โครงสร้างกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 30 คน ซึ่งเคยเข้ารับบริการบ่งต่อด้วยหนามหวายอย่างน้อย 1 ครั้ง ข้อมูลที่ได้สะท้อนมุมมอง ประสบการณ์ และกระบวนการคิดของผู้รับบริการในหลากหลายมิติ ทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคล การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่ากระบวนการตัดสินใจเข้ารับบริการบ่งต่อด้วยหนามหวายจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบหลัก ได้แก่

รูปแบบที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญตระหนักถึงปัญหาสุขภาพดวงตาและแสงสว่างทางเลือกในการดูแลรักษาอย่างรอบด้าน โดยศึกษาข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์และเปรียบเทียบบริการระหว่างคลินิก ก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการตามคำแนะนำของบุคคลใกล้ชิด ผลลัพธ์เป็นที่พึงพอใจและนำไปสู่การใช้บริการซ้ำ

รูปแบบที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอยู่ระหว่างการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแต่ต้องการทางเลือกเสริมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดเมื่อผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ จึงกลับมาใช้บริการซ้ำและเกิดความเชื่อมั่นต่อการรักษา

รูปแบบที่ 3 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเคยผ่าตัดต่อกระจกแต่ไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดี จึงแสวงหาทางเลือกใหม่ในการดูแลสุขภาพดวงตาและเลือกเข้ารับบริการบ่งต่อ ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์เชิงลึกชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจ ได้แก่ การรับรู้ปัญหาสุขภาพและความต้องการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความเชื่อมั่นในผู้ให้บริการ ความปลอดภัยของการรักษา คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด และประสบการณ์ส่วนตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลร่วมกันต่อการตัดสินใจครั้งแรก การใช้บริการซ้ำ และการสร้างความศรัทธาต่อศาสตร์การแพทย์แผนไทย

### 3. การอธิบายความเชื่อมโยง

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยปัญหาสุขภาพ ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด และปัจจัยความเชื่อมั่นและความศรัทธา และข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ปัจจัยกระบวนการตัดสินใจเลือกซื้อ โดยเนื้อหาการสัมภาษณ์ปรากฏปัจจัยสำคัญที่สอดคล้องกับแบบสอบถาม การวิเคราะห์ทั้งสองส่วนสามารถยืนยันและสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณแยกตามปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับการรักษาเบื้องต้นด้วยหนามหวายโดยแพทย์แผนไทย

| ปัจจัยที่ศึกษา                              | ผลการศึกษาเชิงปริมาณ                          | ตัวอย่างคำพูด (QUOTES) / ข้อมูลจากการสัมภาษณ์                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ปัจจัยปัญหาสุขภาพ</b>                    |                                               |                                                                                                                                                                                                    |
| ปัญหาสุขภาพดวงตา                            | มองเห็นไม่ชัด จำนวน 34 คน<br>(ร้อยละ 55.74)   | “พอมครั้งที่ห้า ที่หกลื่นๆ ตาเราจะสว่างขึ้น หยากไข่จะน้อยลง อาการแสบตานี้หายเลย พอเราหยุดไปสี่เดือน ความสว่างมันลดลง มัว ๆ หน้อย ๆ แต่ไม่แสบตา”                                                    |
| <b>ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4PS)</b>      |                                               |                                                                                                                                                                                                    |
| PLACE                                       | สถานที่สะอาดไม่แออัด<br>มีค่าเฉลี่ย 4.77      | “พนักงานดี คุณหมอดี สถานที่สะอาดเลยอยากกลับมาทำอีก”                                                                                                                                                |
| PRICE                                       | -                                             | มองว่าการไปโรงพยาบาลยุ่งยากมากกว่า มีความกังวลต่อการรักษา ค่าใช้จ่ายสูงเลยเลือกมาบ่งต้อ                                                                                                            |
| PRODUCT                                     | วิธีการรักษามีความน่าสนใจ<br>มีค่าเฉลี่ย 4.70 | การบ่งต้อไม่ได้สัมผัสที่ตาโดยตรง จึงรู้สึกสบายใจและไม่กลัว                                                                                                                                         |
| PROMOTION                                   | การประชาสัมพันธ์ทั่วถึง<br>มีค่าเฉลี่ย 3.59   | “ได้ยินจากคนรู้จักแนะนำมาว่าดี”                                                                                                                                                                    |
| <b>ปัจจัยด้านความเชื่อมั่นและความศรัทธา</b> |                                               |                                                                                                                                                                                                    |
| ความเชื่อมั่นและความศรัทธา                  | มั่นใจในความปลอดภัย<br>มีค่าเฉลี่ย 4.77       | “ยายศรัทธาในเรื่องของแพทย์แผนไทย มีความศรัทธาในเรื่องนี้อยู่พอสมควร ก็เลยมาลอง อยากมาทำ ซึ่งคุณมันไม่เป็นเรื่องอันตรายอะไร...”<br>“ดูมาหลายแห่ง แต่คิดว่าของอภัยภูเบศรดีที่สุดแล้ว เลยเลือกที่นี่” |

จากการวิเคราะห์เชิงสังเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60–69 ปี มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 30,000 บาท แสดงถึงความตระหนักด้านสุขภาพและความพร้อมในการลงทุนเพื่อดูแลดวงตา บังคับปัญหาสุขภาพ พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีปัญหาสายตา เช่น มองเห็นไม่ชัด กระจกตาและสายตาวาว ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพสอดคล้องกับเชิงปริมาณ โดยผู้ป่วยมักเข้ารับบริการเมื่อเกิดปัญหาการมองเห็น ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลเพิ่มเติม เช่น การใช้ยาหยอดตา อาหารเสริม หรือปรับพฤติกรรม ขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางรายเลือกพบแพทย์โดยตรงโดยไม่ได้แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม บังคับส่วนประสมทางการตลาด พบว่าความน่าสนใจของผลิตภัณฑ์และความสะดวกของสถานที่เป็นปัจจัยสำคัญ ขณะที่การประชาสัมพันธ์และคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดมีบทบาทสนับสนุนการตัดสินใจ พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ตัดสินใจจากคำแนะนำของบุคคลใกล้ชิดและความเชื่อส่วนตัว บังคับความเชื่อมั่นและศรัทธา ผู้เข้าร่วมมีความเชื่อมั่นต่อผู้ให้บริการ ผลการรักษา และแพทย์แผนไทย ทำให้เกิดการกลับมาใช้บริการซ้ำและบอกต่อ ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ว่ากลุ่มที่ไม่พึงพอใจกับการรักษาแผนปัจจุบันมักเลือกเข้ารับบริการบ่งต่อเพราะมองว่าปลอดภัยและไม่รู้กรณดวงตา และปัจจัยกระบวนการตัดสินใจ เกิดจากการตระหนักปัญหาสุขภาพ การแสวงหาข้อมูล การประเมินทางเลือก และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์และประสบการณ์เชิงบวกสนับสนุนการกลับมาใช้บริการซ้ำ

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาบ่งต่อด้วยหนามหวาย พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการเกิดจากหลายมิติ ทั้งปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ บังคับปัญหาสุขภาพ บังคับส่วนประสมทางการตลาด บังคับความเชื่อมั่นและความศรัทธา และปัจจัยกระบวนการตัดสินใจเลือก ของผู้รับบริการ ดังนี้

#### 1. บังคับด้านประชากรศาสตร์

จากการศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ผลการศึกษาพบว่า อายุ และรายได้เฉลี่ย ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้ารับการรักษาบ่งต่อด้วยหนามหวาย เนื่องจากผู้สูงอายุมักประสบปัญหาการมองเห็น เช่น สายตาวาว กระจกตาและต้อหิน ส่งผลให้มีการแสวงหาวิธีการรักษาทางเลือกที่เชื่อว่าสามารถบรรเทาอาการได้ ควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางถึงสูงมีอิสระในการเลือกบริการสุขภาพมากกว่า ด้วยความเกื้อหนุนทางด้านทุนทรัพย์และความกังวลเรื่องสุขภาพตามความเสื่อมของช่วงวัยทำให้สร้างปัจจัยส่งเสริมให้มองหาทางเลือกในการเข้ารับบริการมากยิ่งขึ้น<sup>7</sup> โดยเฉพาะบุคคลซึ่งสามารถเข้าถึงบริการที่อยู่นอกระบบหลักประกันสุขภาพ มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือก เช่น การบ่งต่อด้วยหนามหวาย เพื่อให้อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดแผนไทย แผนกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทย ตำบลหนองโพรง อำเภอสรรคบุรี<sup>8</sup> ที่พบว่าผู้ที่มี



รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 50,000 บาทขึ้นไป มีระดับความคิดเห็นต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดแผนไทยมากกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000-30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2. ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ มองเห็นไม่ชัด และระคายเคืองตา ซึ่งเป็นอาการที่สร้างความไม่สะดวกในชีวิตประจำวัน จึงกระตุ้นให้ผู้มีปัญหาสายตาแสวงหาทางเลือกใหม่ในการดูแลสุขภาพดวงตา การเลือกใช้บริการบดด้วยหนามหวายจึงเป็น “ทางเลือกเสริม” ที่ผู้ป่วยมองว่าปลอดภัยและไม่สัมผัสโดยตรงกับดวงตา แตกต่างจากการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่อาจต้องมีการผ่าตัดหรือยาหยอดตาเป็นระยะเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระดับการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น และพฤติกรรมป้องกันดวงตาของผู้สูงอายุ<sup>9</sup> ที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้และการตีความสภาพแวดล้อม ในการกำหนดพฤติกรรม กล่าวคือ การที่ผู้ให้สัมภาษณ์มีปัญหาสุขภาพดวงตา จะเป็นการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพดวงตามากขึ้นจากการตระหนักรู้และเกิดกลไกการแสวงหาความรู้เพื่อป้องกันสุขภาพของตนเอง<sup>10</sup>

## 3. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps)

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดด้านสถานที่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนว่าความสะดวกในการเดินทางและความสะอาดของสถานที่ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ นอกจากนี้ด้านผลิตภัณฑ์ และการประชาสัมพันธ์ มีระดับความคิดเห็นที่มีอิทธิพลในระดับมาก โดยเฉพาะความน่าสนใจของบริการ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความรวดเร็วในการเข้ารับบริการที่ไม่ต้องรอนาน และการบอกต่อจากผู้ให้บริการ ซึ่งช่วยสร้างความน่าเชื่อถือและกระตุ้นให้เกิดการทดลองใช้บริการ ส่วนด้านราคา ผู้รับบริการให้ความสำคัญต่อความคุ้มค่าระหว่างราคาและคุณภาพ แม้ราคาสูง หากสอดคล้องกับคุณภาพและความสะดวก ก็ยังคงตัดสินใจใช้บริการ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าคุณภาพการบริการและความสะดวกในการเข้าถึงมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการเลือกใช้บริการทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ<sup>11</sup> ทั้งนี้ ผู้ประกอบการด้านการแพทย์แผนไทยควรให้ความสำคัญกับการจัดสถานที่ให้สะอาดและเข้าถึงง่าย พัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการให้มีความโดดเด่น ใช้กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ที่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะการบอกต่อจากผู้ให้บริการจริง และกำหนดราคาให้เหมาะสมกับคุณภาพและความคุ้มค่า เพื่อส่งเสริมการกลับมาใช้บริการซ้ำ และสร้างความยั่งยืนในระยะยาว<sup>12</sup>

## 4. ปัจจัยความเชื่อมั่นและความศรัทธา

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีระดับความคิดเห็นที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการมากที่สุดคือ ความมั่นใจในความปลอดภัยของการรักษา เนื่องจากการบดด้วยหนามหวายมีลักษณะการรักษาที่ไม่สัมผัสดวงตาโดยตรง จึงลดความเสี่ยงและลดความกังวลให้แก่ผู้เข้ารับบริการ นอกจากนี้ ผู้เข้ารับบริการยังมีความเชื่อมั่นต่อสถานพยาบาล คือ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีชื่อเสียงและ

เป็นที่ยอมรับในด้านแพทย์แผนไทย ทำให้เกิดความไว้วางใจต่อมาตรฐานการรักษาและความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลในช่วงสถานการณ์ COVID-19<sup>13</sup> พบว่าคุณภาพการบริการและความน่าเชื่อถือของบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความมั่นใจและความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐานและความปลอดภัยมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยในการออกแบบแนวทางประชาสัมพันธ์ที่เน้นสร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ ข้อมูลเหล่านี้สามารถสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และการจัดสภาพแวดล้อมของสถานพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการบริการที่ปลอดภัยและเชื่อถือได้<sup>13</sup>

## 5. ปัจจัยกระบวนการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ากระบวนการตัดสินใจเข้ารับบริการการบ่งบอสามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ผู้ที่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพด้วยตนเองและแสวงหาข้อมูลเพื่อนำมาเปรียบเทียบก่อนตัดสินใจใช้บริการ 2) ผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันแต่แสวงหาทางเลือกเสริมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น 3) ผู้ที่ไม่พึงพอใจผลการรักษาที่ผ่านมาและหันมาใช้ทางเลือกอื่นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับกระบวนการตัดสินใจเลือกซื้อ 5 ขั้นตอนของ Kotler<sup>14</sup> ทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี<sup>15</sup> โดยปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยคือ ผู้เข้ารับบริการมีองค์ความรู้เดิมเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย และด้วยผลข้างเคียงที่น้อยยังเป็นปัจจัยส่งเสริมในการตัดสินใจเข้ารับบริการแพทย์ทางเลือกมากยิ่งขึ้น<sup>16</sup> สัมพันธ์กับการที่ผู้รับบริการแสวงหาทางเลือกอื่นเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น

ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนถึง แนวโน้มการยอมรับการแพทย์ทางเลือกที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งให้ความสำคัญกับความปลอดภัย ความเชื่อมั่น และผลการรักษาที่สามารถรับรู้ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารการตลาดยุคใหม่ที่อธิบายว่า กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค เป็นลำดับขั้นตอนของการตัดสินใจซื้อ ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือกการตัดสินใจใช้บริการ และพฤติกรรมหลังการซื้อ ความพึงพอใจและผลลัพธ์การรักษาที่ดีจะกลายเป็นแรงเสริมให้เกิดการตัดสินใจซ้ำ<sup>15</sup> ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้อธิบายกระบวนการเลือกใช้บริการการแพทย์ทางเลือกได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษานี้จะให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้รับบริการ แต่ยังมีช่องว่างความรู้ในด้านปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ เช่น บทบาทของ

ครอบครัว เพื่อน หรือสื่อสังคมออนไลน์ในการกระตุ้นการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือก นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นในการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยทำงาน เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบพฤติกรรมในการเลือกบริการที่แตกต่างกัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถช่วยพัฒนานโยบายและแนวทางการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเข้าใจและความเชื่อมั่นต่อแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับการรักษาด้วยการบ่งต้อด้วยหนามหวายกับแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ที่เลือกรับการรักษาด้วยการบ่งต้อด้วยหนามหวายเป็นผู้มีปัญหาทางสายตาที่เลือกเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันร่วมด้วย ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผลให้เข้ามารับการรักษาด้วยการบ่งต้อ ได้แก่ 1) ความกังวลในการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยผู้คนมักคิดว่าตนเองมีปัญหาสายตาจึงเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันแต่การรักษาไม่ตอบสนองต่อความต้องการจึงหาข้อมูลแนวทางการรักษาจากแหล่งข้อมูล เช่น สื่อสังคมออนไลน์ คำแนะนำจากญาติ 2) ความรู้สึกอยากทดลองวิธีการรักษาใหม่ๆ แต่ยังคงรักษากับ แพทย์แผนปัจจุบันอยู่คงเดิม 3) ความเชื่อและศรัทธาในศาสตร์ของแพทย์แผนไทย เนื่องจากเคยเข้ารับการรักษาแล้วปัญหาสายตาดีขึ้นจึงกลับมารักษาซ้ำ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่เชื่อมโยง แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ใช้การรักษาร่วมกันอย่างปลอดภัยและสร้างความเชื่อมั่น ข้อมูลวิจัยนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนการกำหนดมาตรฐานคุณภาพ ความปลอดภัย และจรรยาบรรณการสื่อสารของบริการบ่งต้อด้วยหนามหวายในระดับประเทศ นอกจากนี้ยังสะท้อนพฤติกรรม การตัดสินใจของผู้รับบริการในบริบทวัฒนธรรมไทย และชี้ความจำเป็นในการสื่อสารสุขภาพที่เป็นกลาง และอิงหลักฐาน เพื่อเพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และในเชิงเศรษฐกิจ สุขภาพ การเข้าใจปัจจัยที่ผู้บริโภคให้ความสำคัญ เช่น ความคุ้มค่า ความสะดวก และความน่าเชื่อถือ สามารถใช้วางกลยุทธ์การจัดการบริการให้ตอบสนองความต้องการผู้ใช้และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพไทย

การศึกษานี้ไม่เพียงสะท้อนพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกรับบริการบ่งต้อด้วยหนามหวายของผู้บริโภคเท่านั้น แต่ยังชี้ให้เห็นโอกาสในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพไทย ให้สามารถเชื่อมโยงศาสตร์ การแพทย์ทั้งสองแนวทางเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการ สุขภาพของประชาชนในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการตัดสินใจเข้ารับบริการบ่งต้อด้วยหนามหวายโดยแพทย์แผนไทย เกิดจากการผสมผสานของปัจจัยหลายมิติ ทั้งลักษณะทางประชากร ปัญหาสุขภาพ ความเชื่อมั่น ศรัทธา และองค์ประกอบทางการตลาด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงระบบกับบริบททางสังคมและ

โครงสร้างของบริการสุขภาพในปัจจุบัน งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ตัดสินใจจากความเชื่อมั่นในผู้ให้บริการ ความสะดวก และความคุ้มค่าจากการใช้บริการ

นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างเชิงโครงสร้างระหว่างระบบการแพทย์แผนหลัก และการแพทย์ทางเลือก ปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการประสานกลไกการทำงานร่วมกัน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดำเนินไปในลักษณะคู่ขนานมากกว่าการบูรณาการภายใต้กรอบเดียวกัน แม้ทั้งสองแนวทางจะมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพประชาชน แต่ความเชื่อมโยงระหว่างระบบยังอยู่ในระดับจำกัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม การสร้างกลไกสื่อสารและให้ข้อมูลสุขภาพที่เป็นกลาง เชื่อถือได้และเข้าใจง่าย จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ครบถ้วน ทั้งจากแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ การพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการที่เปิดโอกาสให้ทั้งสองศาสตร์ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความซ้ำซ้อนและช่องว่างของบริการ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้อย่างแท้จริง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการบ่งคัดด้วยหนามหวายเชิงประจักษ์ เพื่อประเมินประสิทธิผล และความปลอดภัยเชิงวิทยาศาสตร์ของการรักษา ทั้งด้านการมองเห็น การลดการระคายเคือง หรือผลทางจิตใจ เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลระหว่างการรักษาแบบแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน เพื่อให้ข้อมูลเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายการแพทย์ทางเลือก

2. ศึกษาปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความศรัทธาในหมอพื้นบ้าน

3. สำรวจทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบูรณาการการรักษาแพทย์แผนไทย-แผนปัจจุบัน เพื่อลดอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่ขัดขวางการทำงานร่วมกันในระดับนโยบายและการปฏิบัติ

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณบุคคลและสถาบันต่าง ๆ ที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยนี้ให้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สภาการแพทย์แผนไทย. ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานและกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนที่ 162 ง (ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2563).
2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ [อินเทอร์เน็ต]. ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://itdm.moph.go.th/images/knowledge/4แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ.pdf>

3. กิตติเทพ สุขคง. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการดูแลฉุกเฉินพื้นฐานสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ และโรงพยาบาลเครือข่าย. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ 2566;2(2):9-17.
4. คณะกรรมการหมอพื้นบ้าน. ประกาศคณะกรรมการหมอพื้นบ้าน เรื่อง ลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 222 (ลงวันที่ 5 กันยายน 2562).
5. ชูลีพร แสงเพิ่ม. แนวทางการรักษาแบบบูรณาการระหว่างแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลพนัสนิคม อำเภอนพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี [ปริญญานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
6. วรธามงคล สืบสกุล. การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ 2565;6(1):55-69.
7. ฤทัยรัตน์ จินประดิษฐ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร [รายงานการค้นคว้าอิสระ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
8. กนกทิพย์ หังสสุต. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดแผนไทย แผนกแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทย ตำบลหนองโพรง อำเภอสรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.abstract.ru.ac.th/mbacampus/AbstractPdf/2567-3-8\\_1741234277.pdf](http://www.abstract.ru.ac.th/mbacampus/AbstractPdf/2567-3-8_1741234277.pdf)
9. ณัฏฐา สุขสีทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นกับพฤติกรรมป้องกันดวงตาของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2568;20(1):23-35.
10. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. นโยบายและทิศทางยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี 2558-2559. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2555.
11. นนทนันต์ รัตนบุญชร. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการโรงพยาบาลรัฐบาลแบบฟรีเหี่ยมและโรงพยาบาลเอกชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล [วิทยานิพนธ์ปริญญาวารสารศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
12. จริยา ณ บางช้าง, ไพบุลย์ อารารุ่งโรจน์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร. วารสารบริหารธุรกิจศรีนครินทรวิโรฒ 2558;6(2):123-133.
13. เลิศพงศ์ สุนทรพงศาธร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลในช่วงสถานการณ์ของ COVID-19 [รายงานการค้นคว้าอิสระ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
14. Kotler P, Keller KL. Marketing management. 15<sup>th</sup> ed. London: Education, Inc; 2016.

15. อัญนิกา งามเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2565;2(2):6-22.
16. ภูตระกูล ภาณุพงศ์. การยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

## แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในนักศึกษาหญิง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

หนึ่งฤทัย ทวีผล<sup>1</sup> จุฑารัตน์ สุขยิ่ง<sup>1\*</sup> นรวิทย์ ปัญญาวรรพงค์<sup>1</sup> ศรีสวรินทร์ ลินชัย<sup>2</sup> ญาณันธร กราบพิทย์<sup>3\*</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง ในนักศึกษาหญิง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับที่ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 56.50) ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 42.60) มีรายรับเฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอ (ร้อยละ 70.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 94.6) และมีประจำเดือนปกติ (ร้อยละ 79.82) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.46,  $SD$  = 0.30) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง อยู่ในระดับบริโภคบางครั้ง ( $\bar{X}$  = 2.58,  $SD$  = 0.22) และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง ( $r$  = -0.01,  $p$  > 0.05) การศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดกิจกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความเข้าใจ ปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และลดความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางต่อไป

**คำสำคัญ:** ภาวะโลหิตจาง, นักศึกษาหญิง, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: 65201302008@scphc.ac.th

Received: 18 August 2025

Revised: 15 December 2025

Accepted: 24 December 2025

## **Health belief model associated with food consumption behavior to prevent anemia among female students, Sirindhorn College of Public Health Chonburi**

Nuengruethai Thaweepol<sup>1</sup> Jutarat Sukying<sup>1\*</sup> Norawit Panyavorapong<sup>1</sup>

Srisawarin Sinchai<sup>2</sup> Yananthorn Krabthip<sup>2</sup>

### **Abstract**

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate health belief patterns, dietary behaviors, and the association between health beliefs and dietary behaviors related to anemia prevention among female students at Sirindhorn College of Public Health, Chonburi, during February 2025. A total of 223 participants were recruited. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using inferential statistics, specifically Spearman's rank-order correlation.

Results indicated that most participants were older than 20 years (56.50%), first-year students (42.60%), had sufficient monthly income (70.00%), reported no underlying diseases (94.6%), and had regular menstruation (79.82%). Overall, health belief scores were at a moderate level ( $\bar{X}$  = 3.46, SD = 0.30), while dietary behaviors for anemia prevention were performed occasionally ( $\bar{X}$  = 2.58, SD = 0.22). No significant association was found between health beliefs and dietary behaviors for anemia prevention ( $r$  = -0.01,  $p$  > 0.05). The findings provide baseline evidence for developing interventions to promote appropriate dietary practices and for implementing continuous health education activities to enhance understanding, encourage healthier eating behaviors, and reduce the risk of anemia.

**Keywords:** Anemia, Female students, Health Belief Model, Consumption behavior

---

<sup>1</sup>Students, Bachelor of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup>Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

\*Corresponding author e-mail: 65201302008@scphc.ac.th



## บทนำ

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) ถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขร้ายแรงในระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อประชากรหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยพบอัตราการเกิดภาวะโลหิตจาง 231.63 ต่อ 100,000 ประชากร<sup>1</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15–49 ปี) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะโลหิตจางจากหลายสาเหตุ เช่น การสูญเสียเลือดระหว่างรอบเดือน หรือการขาดสารอาหารที่จำเป็นจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล<sup>2</sup> จากข้อมูลการคัดกรองล่าสุด ปี พ.ศ. 2567 พบภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ของเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 38.87<sup>3</sup> สัมพันธ์กับข้อมูลผลตรวจสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่ามีค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ได้แก่ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) และ ค่าโปรตีนในเม็ดเลือดแดง (Hb) ต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 37.98 ซึ่งภาวะโลหิตจางในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อาจนำไปสู่ผลกระทบด้านสุขภาพอย่างรุนแรง เช่น สมรรถภาพลดลง ส่งผลกระทบต่อเรื่องความจำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อตั้งครรภ์<sup>4</sup>

ภาวะโลหิตจางสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น สาเหตุจากโรคธาลัสซีเมีย โรคพร่องเอนไซม์ G6PD การสูญเสียเลือดแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน การติดเชื้อพยาธิ และการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งการขาดสารอาหารจากพฤติกรรมการบริโภคเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะโลหิตจาง โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความเชื่อ ค่านิยม ความรู้ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสื่อ ทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง จนมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กเพียงพอในชีวิตประจำวัน และการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมเป็นวิธีการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวได้<sup>4-5</sup>

การเลือกบริโภคอาหารตามความเชื่อของบุคคลมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะที่เจ็บป่วย ซึ่งสามารถใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือ Health Belief Model เป็นกรอบในการอธิบายพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหาร โดยเชื่อมโยงสิ่งที่บุคคลรับรู้ และเชื่อเข้ากับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีองค์ประกอบของการรับรู้ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ มาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้<sup>6-7</sup> ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหลายกลุ่มวัย เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางโดยอาศัยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นกรอบในการศึกษาพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ นักศึกษาหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง เนื่องจากการสูญเสียเลือดในช่วงมีประจำเดือน อีกทั้งภาวะโลหิตจางยังส่งผลกระทบต่อการศึกษาในด้านต่าง ๆ ทั้งการเรียน สมาธิ หรือความจำ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางของนักศึกษาหญิง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในนักศึกษาหญิง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2567 ทั้ง 5 หลักสูตร (ภาคปกติ) จำนวน 571 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคเลือด มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อใช้ในการตอบแบบสอบถาม และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ นักศึกษาหญิงที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน<sup>8</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คือ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิตามสาขาวิชา การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิตามชั้นปี และวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรม Excel จัดเรียงรหัสนักศึกษาตามหลักสูตรและชั้นปี ทำการสุ่มรหัสนักศึกษาในแต่ละชั้นปีโดยใช้ฟังก์ชันสุ่มใน Excel รหัสนักศึกษาที่สุ่มได้จะไม่ซ้ำกัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา หลักสูตรที่กำลังศึกษา ภูมิลำเนา รายรับของนักศึกษาต่อเดือน ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางหรือโรคที่เกี่ยวข้อง ประวัติการมีโรคประจำตัว ความสม่ำเสมอของประจำเดือน ประวัติการไข้ยา ประวัติการบริจาคโลหิต และผลการตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน และรักษาโรค และปัจจัยด้านกระตุนการปฏิบัติ จำนวน 32 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 19 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ละตัวแปรแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนแบ่งระดับตามแนวคิดของเบสท์ ดังนี้ 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับการรับรู้ต่ำ 2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับการรับรู้ปานกลาง 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับการรับรู้สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 32 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง รับประทานทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์) 4 หมายถึง รับประทาน 5-6 วัน/สัปดาห์ 3 หมายถึง รับประทาน 3-4 วัน/สัปดาห์ 2 หมายถึง รับประทาน 1-2 วัน/สัปดาห์ 1 หมายถึง ไม่ได้รับประทาน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์ ดังนี้ 1.00 - 2.33 หมายถึง บริโภคน้อยมาก 2.34 - 3.67 หมายถึง บริโภคบางครั้ง 3.68 - 5.00 หมายถึง บริโภคประจำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ในการประเมินระดับความสอดคล้องของแต่ละรายการคำถามกับแนวคิด ทฤษฎี และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความคิดเห็นต่อข้อความในแบบสอบถามในระดับต่าง ๆ และผลการประเมินจะนำมาคำนวณค่า CVI ซึ่งค่าที่ได้มาตรฐานจากการพิจารณารายชื่อ จากข้อคำถามทั้งหมด 81 ข้อ พบว่า ข้อที่ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 เป็นจำนวน 68 ข้อ จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงติดต่ออาจารย์ผู้รับผิดชอบนักศึกษาทุกชั้นปีของแต่ละสาขาวิชา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลนักศึกษาที่อยูในการดูแล คณะผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก และนัดเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละสาขาวิชา และชั้นปี เพื่อแนะนำตัว

พร้อมชี้แจงรายละเอียดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด และขั้นตอนของการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจด้วย Google Form ประเภทตอบเอง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมตนเพื่อเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างจะต้องกดยินยอมใน Google Form เพื่อเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงเริ่มตอบแบบสอบถามผ่าน Google Form

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร เลขที่รับรอง 2025/01 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) มัชฐาน (Median) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation กับข้อมูลที่มีการกระจายตัวไม่ปกติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในนักศึกษาหญิง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 56.50) โดยมีค่าเฉลี่ยอายุคือ 19.96 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 32 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 42.60) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 28.70) มีรายรับเฉลี่ยต่อเดือน 6,218.02 บาท ซึ่งจัดว่าเพียงพอ (ร้อยละ 70.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 94.62) มีความสม่ำเสมอของประจำเดือนปกติ (ร้อยละ 79.82)

### 2. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.39$ , S.D. = 0.43) การรับรู้ความรุนแรงของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.36$ , S.D. = 0.45) การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.52$ , S.D. = 0.42) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน และรักษาภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.11$ , S.D. = 0.42) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.62$ , S.D. = 0.58) และปัจจัยด้านกระตุ้นการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.76$ , S.D. = 0.58) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n = 223 คน)

| แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ                                                  | ระดับการรับรู้ |      |         |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------|------|---------|
|                                                                            | $\bar{X}$      | S.D. | ระดับ   |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง        | 3.39           | 0.43 | ปานกลาง |
| การรับรู้ความรุนแรงของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง         | 3.36           | 0.45 | ปานกลาง |
| การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง | 3.52           | 0.42 | ปานกลาง |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง                | 3.11           | 0.42 | ปานกลาง |
| การรับรู้ต่ออุปสรรคของการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง        | 3.62           | 0.58 | ปานกลาง |
| ปัจจัยด้านกระตือรือร้นการปฏิบัติ                                           | 3.76           | 0.58 | สูง     |
| แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม                                            | 3.46           | 0.30 | ปานกลาง |

### 3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่า อาหารประเภทธัญพืช และผลิตภัณฑ์จากแป้ง ข้าวกล้องหอมมะลิมีค่าเฉลี่ยการบริโภคสูงสุด 2.70 อยู่ในระดับบริโภคบางครั้ง อาหารประเภทเนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นแหล่งของธาตุเหล็กที่ร่างกายดูดซึมได้ง่าย (Heme iron) พบว่า อาหารที่มีก๊ากเป็นส่วนประกอบมีค่าเฉลี่ยการบริโภคสูงสุด 3.35 อยู่ในระดับบริโภคบางครั้ง อาหารประเภทผัก และผลไม้ซึ่งมีส่วนช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก พบว่า แดงกวาเป็นผักที่มีค่าเฉลี่ยการบริโภคสูงสุด 3.38 อยู่ในระดับบริโภคบางครั้ง อาหารประเภทเครื่องดื่ม และนม พบว่า การบริโภค ชา กาแฟหลังอาหารทันทีมีค่าเฉลี่ยสูงถึง 3.97 อยู่ในระดับบริโภคประจำ และผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางโดยรวม พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโลหิตจางอยู่ในระดับบริโภคบางครั้ง 2.58 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความถี่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารแต่ละประเภทเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (n=223)

| ประเภทอาหาร                                                   | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับ          |
|---------------------------------------------------------------|-----------|------|----------------|
| <b>ธัญพืช และผลิตภัณฑ์จากแป้ง</b>                             |           |      |                |
| - ข้าวกล้องหอมมะลิ                                            | 2.70      | 1.36 | บริโภคบางครั้ง |
| - บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปพร้อมเครื่องปรุงรส                       | 2.15      | 0.66 | บริโภคน้อยมาก  |
| - อาหารที่มีขนมจีน แป้งสดเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมจีนน้ำยา      | 1.98      | 0.66 | บริโภคน้อยมาก  |
| - อาหารที่มีบะหมี่สดเป็นส่วนประกอบ เช่น บะหมี่เกี๊ยวน้ำหมูแดง | 2.16      | 0.78 | บริโภคน้อยมาก  |

| ประเภทอาหาร                                                                                               | $\bar{x}$ | S.D. | ระดับ          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|----------------|
| <b>เนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์</b>                                                               |           |      |                |
| - อาหารที่มีเลือดหมูเป็นส่วนประกอบ เช่น<br>ต้มเลือดหมู เส้นดาโฟ                                           | 3.11      | 1.30 | บริโภคบางครั้ง |
| - อาหารที่มีตับเป็นส่วนประกอบ เช่น<br>โจ๊กหมูใส่ตับ ตับย่าง ตับหวาน                                       | 3.05      | 1.29 | บริโภคบางครั้ง |
| - อาหารที่มีก้นไก่เป็นส่วนประกอบ เช่น<br>ผัดเผ็ด เครื่องในไก่ ก้นไก่ย่าง                                  | 3.35      | 1.43 | บริโภคบางครั้ง |
| - อาหารที่มีแฮมหมูเป็นส่วนประกอบ เช่น<br>ข้าวผัดแฮม ไช้เจียวแฮม ขำแฮมสด                                   | 3.24      | 1.40 | บริโภคบางครั้ง |
| - อาหารที่มีเนื้อเป็ดเป็นส่วนประกอบ เช่น<br>ก้วยเตี๋ยเนื้อเป็ด ลาบเป็ด ข้าวหน้าเป็ด<br>เป็ดย่าง เป็ดพะโล้ | 1.70      | 0.80 | บริโภคน้อยมาก  |
| - อาหารที่มีปลาดุกเป็นส่วนประกอบ เช่น<br>ลาบปลาดุก ปลาดุกย่าง ปลาดุกฟู                                    | 1.72      | 0.77 | บริโภคน้อยมาก  |
| - อาหารที่มีปลาร้าเป็นส่วนประกอบ เช่น<br>ส้มตำปลาร้า น้ำพริกปลาร้า แกงอ่อม                                | 2.36      | 0.94 | บริโภคบางครั้ง |
| - อาหารที่มีหอยแมลงภู่เป็นส่วนประกอบ<br>เช่น หอยทอด หอยแมลงภู่ลวกน้ำจิ้ม                                  | 1.64      | 0.70 | บริโภคน้อยมาก  |
| - อาหารที่มีไข่ไก่เป็นส่วนประกอบ เช่น<br>ไข่พะโล้ ไข่ตุ๋น ข้าวผัดไข่                                      | 3.13      | 1.01 | บริโภคบางครั้ง |
| <b>ผักและผลิตภัณฑ์จากผัก</b>                                                                              |           |      |                |
| - อาหารที่มีฟักทองเป็นส่วนประกอบ เช่น<br>ฟักทองนึ่ง แกงบวชฟักทองเชื่อม                                    | 1.77      | 0.70 | บริโภคน้อยมาก  |
| - แครอท                                                                                                   | 2.14      | 0.87 | บริโภคน้อยมาก  |
| - ต้นหอม                                                                                                  | 2.20      | 1.04 | บริโภคน้อยมาก  |
| - แตงกวา                                                                                                  | 3.38      | 1.10 | บริโภคบางครั้ง |
| - ถั่วงอก                                                                                                 | 2.10      | 1.03 | บริโภคน้อยมาก  |
| - กระน้ำ                                                                                                  | 2.02      | 0.92 | บริโภคน้อยมาก  |
| <b>ผลไม้และผลิตภัณฑ์จากผลไม้</b>                                                                          |           |      |                |
| - แตงโม                                                                                                   | 2.13      | 0.77 | บริโภคน้อยมาก  |
| - ฝรั่ง                                                                                                   | 2.03      | 0.82 | บริโภคน้อยมาก  |
| - มะละกอสุก                                                                                               | 1.64      | 0.79 | บริโภคน้อยมาก  |
| - ส้ม                                                                                                     | 2.23      | 0.86 | บริโภคน้อยมาก  |
| - แอปเปิ้ล                                                                                                | 2.13      | 0.83 | บริโภคน้อยมาก  |
| - สับปะรด                                                                                                 | 1.98      | 0.82 | บริโภคน้อยมาก  |

| ประเภทอาหาร                                                     | $\bar{x}$   | S.D.        | ระดับ                 |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|
| <b>อาหารประเภทเครื่องดื่ม</b>                                   |             |             |                       |
| - น้ำอัดลม                                                      | 3.66        | 1.04        | บริโภคบางครั้ง        |
| - ชา กาแฟ หลังอาหารทันที                                        | 3.97        | 1.17        | บริโภคประจำ           |
| - น้ำผลไม้คั้นสด เช่น น้ำส้ม น้ำฝรั่ง                           | 1.95        | 0.86        | บริโภคน้อยมาก         |
| <b>ขนมสำหรับทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ</b>                          | 2.98        | 0.99        | บริโภคบางครั้ง        |
| <b>นมและผลิตภัณฑ์จากนม</b>                                      |             |             |                       |
| - นมเปรี้ยว                                                     | 3.60        | 0.99        | บริโภคบางครั้ง        |
| - นมถั่วเหลือง                                                  | 4.30        | 0.85        | บริโภคประจำ           |
| - โยเกิร์ต                                                      | 3.93        | 0.78        | บริโภคประจำ           |
| <b>การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิด<br/>ภาวะโลหิตจางโดยรวม</b> | <b>2.58</b> | <b>0.22</b> | <b>บริโภคบางครั้ง</b> |

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในนักศึกษาหญิงวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง ดังแสดงในตารางที่ 3

#### ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง (n = 223)

| การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ                                      | r            | p-value     |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง        | -0.09        | 0.19        |
| การรับรู้ความรุนแรงของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง         | -0.09        | 0.17        |
| การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง | -0.03        | 0.65        |
| การรับรู้ต่ออุปสรรคของการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง        | 0.04         | 0.96        |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง                | -0.01        | 0.88        |
| ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ                                                    | 0.03         | 0.61        |
| <b>การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม</b>                         | <b>-0.01</b> | <b>0.98</b> |

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยโดยภาพรวม พบว่าการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาหญิงอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีระดับการรับรู้สูงสุด คือ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Razaq<sup>10</sup> ที่ระบุว่า การรับรู้ประโยชน์และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติสามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับบริโภคบางครั้ง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดื่มชาและกาแฟหลังอาหารทันทีในระดับประจำ สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างยังไม่สอดคล้องกับแนวทางการป้องกันภาวะโลหิตจางอย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาของ Puspa Sari และคณะ<sup>11</sup> ชี้ให้เห็นว่าการบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มบางประเภทสามารถยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็กได้ ในขณะเดียวกัน การบริโภคผลไม้ที่มีวิตามินซี เช่น ส้ม แอปเปิ้ล และแตงโม ซึ่งมีบทบาทช่วยส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็กชนิด Non-heme iron กลับพบว่าอยู่ในระดับบริโภคน้อยมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แวนูริยะห์ แวนปอราเอ็ง และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาวจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคตามความเคยชินเดิม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง แต่การขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการวางแผนและควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถนำความรู้และความเชื่อไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการบริโภคที่ขัดแย้งกับหลักการป้องกันภาวะโลหิตจาง แม้ว่าจะมีความรู้หรือการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางก็ตาม สะท้อนว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ หากพฤติกรรมนั้นขัดกับความเคยชินหรือบริบทการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Razaq<sup>10</sup> ที่พบว่าความสัมพันธ์เชิงบวกในกลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษา ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ที่เป็นนักศึกษาด้านสาธารณสุข ซึ่งมีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกัน ทำให้ระดับการรับรู้ไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้น จากผลการศึกษาที่ได้เพื่อนำไปสู่องค์ความรู้ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อาจถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและความเคยชินในชีวิตประจำวัน มากกว่าความเชื่อด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว โดยปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ความสะดวกในการเข้าถึงอาหาร รูปแบบการใช้ชีวิตและการเลือกบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังอาหาร<sup>13-14</sup> ด้วยเหตุนี้ ผลการวิจัยจึงสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มนักศึกษาหญิง การนำการวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามาศึกษาเพิ่มเติม จะช่วยให้สามารถเข้าใจมุมมองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น



### ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้ชี้ว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางควรเน้นที่การจัดการสิ่งแวดล้อม มากกว่าการปรับความเชื่อ เช่น การรณรงค์ให้งดดื่มชา กาแฟทันทีหลังอาหาร การจัดเมนูธาตุเหล็กคู่กับผลไม้ที่มีวิตามินซีในโรงอาหาร และการสร้างกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปรับพฤติกรรม ทั้งนี้ ผลการศึกษาอาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ และชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพิจารณาปัจจัยเชิงบริบทและ โครงสร้างควบคู่กันในการออกแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเล่มนี้ได้รับสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี และงานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัย พายที่สุดคณะผู้วิจัยขอขอบคุณนักศึกษา กลุ่มเป้าหมายในการศึกษานี้

### เอกสารอ้างอิง

1. ฐมาพร เชื้อวชาญ, กมลมาลย์ วิรัตน์เสริมฐสิน. ความชุกภาวะโลหิตจางและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาเพศหญิงระดับอุดมศึกษา. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2567;18(1):121-133.
2. เมธาวิ อุพารวงศ์. ประจำเดือนแบบไหนไม่ปกติ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/menstruation/>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เขตสุขภาพที่ 6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 - 49 ปี ที่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง ในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และพบภาวะโลหิตจาง [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://hdc.moph.go.th/ryg/public/standard-report-detail/d33e0581f3a43d282023405565c85ba6>
4. พัทธิธิดา จินตณปัญญา. ผลของโปรแกรมการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ของสถานประกอบการแห่งหนึ่งในอำเภอทุ่งสง จังหวัด นครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2567;7(2):42-54.
5. พัชรณี วินิจจะกุล. ธาตุเหล็กและการนำไปใช้ประโยชน์ในร่างกาย. วารสารโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล 2560;52(1):23-38.
6. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care 1975;13(1):10-24.

7. ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคมจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
8. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 10<sup>th</sup> ed. NJ: John Wiley & Sons, Inc; 2010.
9. Best JW, Kahn JV. Pearson New International Edition [Research in Education]. London: Pearson Education Limited; 2014.
10. Razaq FC. Health belief model of Adolescents Girls regarding Dietary Habits at Secondary School in Thi-Qar Governorate. J. of Health Sci 2022;6(5):7116-7124.
11. Sari P, Herawati DMD, Dhamayanti M, Hilmento D. Anemia among Adolescent Girls in West Java. Indonesia: Related Factors and Consequences on the Quality of Life. Nutrients 2022;14(18):1-13.
12. แวนูริยะห์ แวปือราเฮ็ง, วรางคณา ชัชเวช, สุริย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2562;11(3):15-28.
13. Osei-Kwasi H, Mohindra A, Booth A, Laar A, Wanjohi M, Graham F, et al. Factors influencing dietary behaviours in urban food environments in Africa: a systematic mapping review. Public Health Nutrition 2020;23(14):2584-2601.
14. Thomas TW, Cankurt M. Influence of food environments on dietary habits: insights from a quasi-experimental research. Foods. 2024;13(13):2013.

## การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการออกกำลังกายท่าฤๅษีดัดตนกับท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ ต่อการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ความจุปอด และอัตราการหายใจ

นิษฐากร ชุมเทพ<sup>1</sup> นภสรณ์ พงศ์สิงห์แก้ว<sup>1</sup> ชยพัชร เสริมรัฐ<sup>1</sup> ปณชัย แซ่เต็ง<sup>1</sup> ปาลิดา กำเนิดเรือง<sup>1</sup>  
ภูริชญา อินทร์เนตร<sup>2\*</sup> ศุภวรรณ ชัยประกายวรรณ<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

อาการปวดคอ บ่า ไหล่ หรือกล้ามเนื้อหลังส่วนบนเป็นอาการที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน การศึกษานี้เป็นการวิจัยทดลองเชิงคลินิก เพื่อเปรียบเทียบท่าฤๅษีดัดตนกับท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ ต่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ปริมาตรความจุปอด และอัตราการหายใจ ในผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน โดยมีอาสาสมัครจำนวน 66 คน อายุระหว่าง 16-44 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 33 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มท่าฤๅษีดัดตน และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มท่ากายบริหาร โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้สมุดบันทึกการทำท่ากายบริหาร และวิดีโอสาธิตท่าบริหารสำหรับนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 4 วัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ทำการวัดผลเมื่อออกกำลังกายครบ 1 และ 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วย Wilcoxon Signed Rank Test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและปริมาตรความจุปอดเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการหายใจลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในทั้ง 2 กลุ่ม อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและปริมาตรความจุปอด แต่อัตราการหายใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยกลุ่มที่ฝึกท่าฤๅษีดัดตนมีอัตราการหายใจลดลงมากกว่ากลุ่มที่ฝึกท่ากายบริหาร โดยสรุปแล้วทั้งท่าฤๅษีดัดตนและท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ มีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ ปริมาตรความจุปอด และลดอัตราการหายใจได้เช่นเดียวกัน ดังนั้น ผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน สามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน หรือท่ากายบริหารเพื่อบรรเทาอาการและอาการร่วมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ท่าฤๅษีดัดตน, ท่าบริหารกล้ามเนื้อ, อัตราการหายใจ, ความจุปอด, กล้ามเนื้อหลังส่วนบน

<sup>1</sup> นักศึกษา หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*ผู้ประสานงานบรรณกิจ e-mail: bhurichaya@acttm.ac.th

## **A comparative study of the effects of Ruesi Dadton and stretching exercise on upper back muscle flexibility, lung capacity, and respiratory rate**

Nitthakorn Chumthep<sup>1</sup> Napasorn Pongsingkaew<sup>1</sup> Chayapat Sermrat<sup>1</sup> Panachai Saeteng<sup>1</sup>

Palida Kumnerdrueang<sup>1</sup> Bhurichaya Innets<sup>2\*</sup> Supawan Chaiprakaiwan<sup>2</sup>

### **Abstract**

Neck, shoulder, and upper back pain are common conditions nowadays. This study was a clinical experimental research designed to compare the effects of Ruesi Dadton and muscle exercise on upper back muscle flexibility, lung capacity, and respiratory rate among individuals experiencing upper back muscle pain. A total of 66 volunteers aged 16–44 years were recruited and randomly assigned into 2 groups of 33 participants each using a randomized controlled trial method. Group 1 performed Ruesi Dadton exercises, while Group 2 performed muscle exercise routines. Participants were provided with an exercise logbook and instructional exercise videos to practice independently 4 days per week for a duration of 2 weeks. Outcome measurements were conducted after completing 1 and 2 weeks of exercise. Data were analyzed using mean values, percentages, and standard deviations. Hypothesis testing was performed using the Wilcoxon Signed Rank Test and the Mann–Whitney U Test.

The results showed that after exercise, mean muscle flexibility and lung capacity significantly increased, while respiratory rate significantly decreased ( $p < 0.05$ ) in both groups. However, when comparing outcomes between groups, no statistically significant differences were found in muscle flexibility or lung capacity. A statistically significant difference was observed in respiratory rate ( $p < 0.05$ ). The Ruesi Dadton group demonstrated a greater reduction in respiratory rate compared to the muscle exercise group. In conclusion, both Ruesi Dadton and muscle exercise routines were equally effective in improving muscle flexibility, increasing lung capacity, and reducing respiratory rate. Therefore, individuals with upper back muscle pain may choose either Ruesi Dadton or muscle exercise as effective methods to alleviate symptoms and associated conditions.

**Keywords:** Ruesi Dadton, Stretching exercises, Respiratory rate, Lung capacity, Upper back muscle

---

<sup>1</sup> Students, Abhailbhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> Abhailbhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

\*Corresponding author e-mail: bhurichaya@acttm.ac.th

### บทนำ

ปัจจุบันประชาชนมีการทำงานหน้าจอกอมพิวเตอร์เพิ่มมากขึ้น โดยจำเป็นต้องนั่งในอิริยาบถเดิม ๆ ตลอดเวลาร่วมกับสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การมองหน้าจอกอมพิวเตอร์ ก้มศีรษะเขียนหนังสือหรือทำงาน การนั่งท่าศีรษะยื่นไปด้านหน้าเป็นเวลาดิถีต่อกัน ทำให้กล้ามเนื้อคอ ด้านหลังที่ช่วยในการพยุงคอทำงานมากขึ้น กล้ามเนื้อเกิดการล้า ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า การใช้คอมพิวเตอร์ จะทำให้กล้ามเนื้อมัดเล็กของแขนท่อนล่าง และมือทำงานหดตัวแบบเคลื่อนที่ (Dynamic contraction) ตลอดเวลา กล้ามเนื้อรอบข้อไหล่และลำคอจะทำงานหดตัวแบบอยู่กับที่ (Static contraction) เพื่อคงท่าทางไว้<sup>1</sup> จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการปวดร่างกายและมีความเครียดจากการทำงาน อาการปวดเหล่านี้ รวมเรียกว่าภาวะกลุ่มออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome)<sup>2</sup> ส่งผลให้เกิดอาการปวดตึงกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่มากที่สุด รองลงมาคือ กล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่าง ข้อมือและแขน<sup>3</sup> โดยเฉพาะอาการปวดในผู้มีอายุ 16-44 ปี ประมาณ 25.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 60 ของคนวัยทำงาน<sup>4</sup>

ท่าทางการนั่งที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน โดยเฉพาะการนั่งหลังค่อม ไหล่ห่อ หรือศีรษะยื่นไป ข้างหน้า (Forward head posture) จะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกและไหล่ตึงตัว (Pectoralis muscle) ส่งผลให้การขยายตัวของทรวงอก (Thoracic expansion) ลดลง ปอดไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ การหายใจตื้น (Shallow breathing) ซึ่งเป็นการหายใจผ่านหน้าอกแทนการใช้กระบังลม อาการปวดกล้ามเนื้อส่วนบ่า คอ เป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นบนกล้ามเนื้อที่ช่วยเรื่องการหายใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อกระบังลม (Diaphragm), กล้ามเนื้อซี่โครงช่วงซี่โครงด้านนอก (External intercostal), กล้ามเนื้อซี่โครงช่วงซี่โครงด้านใน (Internal intercostal), Sternocleidomastoid muscle, Scalene muscle และ Trapezius muscles เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด กล้ามเนื้อส่วนบ่า คอ จึงทำให้รู้สึกอึดอัดเวลาหายใจร่วมด้วย<sup>6</sup>

การบริหารด้วยท่าฤๅษีคัตถน และการทำท่าบริหารร่างกายในปัจจุบัน มีจุดมุ่งหมายเดียวกันเพื่อ ลดอาการปวดขบตึงของกล้ามเนื้อและเสริมสร้างความยืดหยุ่นให้กับร่างกายแต่ทั้งสองแนวทาง ต่างมี แนวคิดที่แตกต่างกัน ท่าฤๅษีคัตถนเกิดจากการปฏิบัติอย่างลองผิดลองถูกและใช้ความเชื่อในเรื่องของ พลังงานภายในร่างกาย จึงเน้นไปที่การยืดเหยียดและปรับสมดุลร่างกายโดยรวม เมื่อร่างกายบางส่วน มีอาการเจ็บป่วย ส่วนอื่น ๆ ในร่างกายก็จะทำงานได้ลดลง ท่าฤๅษีคัตถนจึงถูกนำมาใช้เพื่อปรับสมดุล บรรเทา และเพิ่มความยืดหยุ่นในร่างกาย เนื่องจากผู้ที่มมีอาการปวดบ่า มักมีอาการร่วมที่มีผลต่อการหายใจ และการขยายตัวของทรวงอก งานวิจัยชิ้นนี้จึงสนใจศึกษาท่าบริหารฤๅษีคัตถน ทั้งหมด 3 ท่า ที่มีผลต่อ กล้ามเนื้อหลังส่วนบน ได้แก่ ท่าแก้เกียจ ท่าแก้ลมวิงเวียนศีรษะ และท่าแก้ปวดท้อง สะบักจม<sup>7</sup> เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพเมื่อนำมาใช้ในการบริหารร่างกาย โดยเปรียบเทียบจากท่าบริหารร่างกายในปัจจุบัน ผลการศึกษา สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ และเลือกใช้ในการรักษาผู้ที่มปัญหากล้ามเนื้อหลัง ส่วนบนและระบบหายใจต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ก่อนและหลังการทำท่าบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการออกกำลังกายท่าฤๅษีคัตตน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการเพิ่มความจุของปอด ก่อนและหลังการทำท่าบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการออกกำลังกายท่าฤๅษีคัตตน
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการลดอัตราการหายใจ ก่อนและหลังการทำท่าบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการออกกำลังกายท่าฤๅษีคัตตน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบ (Comparative experimental study) ทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) วัดผลก่อนและหลัง โดยศึกษาประสิทธิผลการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีคัตตน และท่าบริหารกล้ามเนื้อ ต่อการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ความจุปอด และอัตราการหายใจ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนบน เพศหญิงหรือชาย อายุระหว่าง 16-44 ปี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน 2568

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G\* power โดยกำหนดค่า ค่า Effect size = 0.96, Power = 0.95 โดยเพิ่มอัตราการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน จำนวน 2 กลุ่มรวมทั้งสิ้น 66 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนบน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป 2) มีอิริยาบถอยู่ในท่าทางเดิมติดต่อกันนาน 1-4 ชั่วโมงต่อวัน 3) มีระดับความเจ็บปวด NRS มากกว่าหรือเท่ากับระดับ 4 ขึ้นไป 4) ไม่มีผลความผิดปกติของกระดูกสันหลัง 5) ไม่สูบบุหรี่ทุกประเภท 6) ไม่รับประทานยาสมุนไพร และยาแผนปัจจุบัน กลุ่มรักษาอาการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อและทางเดินหายใจก่อนเข้ารับการวิจัยอย่างน้อย 3 วัน และ 7) ไม่มีผลความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคปอด โรคปอดอักเสบ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 8) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ มีประวัติการบาดเจ็บกล้ามเนื้อในช่วง 1 เดือน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการออกกำลังกายอย่างครบถ้วน 2) ไม่สามารถมาเข้าร่วมวิจัยในช่วงวัน และเวลาตามกำหนด 3) รับประทานยาแก้ปวด หรือยาคลายกล้ามเนื้อระหว่างการวิจัย 4) รับการรักษาหรือหัตถการจากที่อื่นระหว่างการวิจัย 5) ออกกำลังกายด้วยวิธีการอื่น ๆ นอกเหนือจากการออกกำลังกายตามโปรแกรม 6) ประสบอุบัติเหตุรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติท่าออกกำลังกายได้ และมีเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมงานวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างแจ้งความจำนงค์ขอยกจากการวิจัย หรือได้รับอันตรายจากการทำการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. โปรแกรมการออกกำลังกาย

1.1 โปรแกรมการออกกำลังกายท่าฤๅษีคัตตน<sup>7</sup> 3 ท่า ได้แก่ 1) ท่าแก้เกียจ 2) ท่าแก้ลมวิงเวียนศีรษะ 3) ท่าแก้ปวดท้อง สะบักจม ให้ทำทีละท่า โดยขณะทำ หายใจเข้านับ 3-2-1 ค้างไว้ แล้วหายใจออกพัก 5 วินาที ท่าละ 3 ครั้ง ทำให้ครบทั้ง 3 ท่า นับเป็น 1 รอบ ทำจำนวน 10 รอบ ในช่วงเวลาที่สะดวก โดยมีคลิปวิดีโอการสอนประกอบการทำท่าบริหารพร้อมควบคุมเวลา ให้ทำไปพร้อมกัน 4 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ทำการวัดผล 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนออกกำลังกายและเมื่อออกกำลังกายครบ 1 และ 2 สัปดาห์ โดยวิธีทำท่าออกกำลังกาย มีดังนี้

- ท่าแก้เกียจ ประสานมือ 2 ข้าง บิดไปด้านซ้าย หายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ นับ 3-2-1 แล้วค่อย ๆ หายใจออก และกลับสู่ท่าเดิม ทำข้างขวาเช่นเดียวกัน นับเป็น 1 ครั้ง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ท่าแก้เกียจ ของโปรแกรมการออกกำลังกายท่าฤๅษีคัตตน

- ท่าแก้วิงเวียนศีรษะ ใช้มือประคองหลังข้างหนึ่ง มืออีกข้างจับเข่า บิดสวนทางกันโดยดันศีรษะออก และดึงเข้าหาตัวทางด้านใน หายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ นับ 3-2-1 แล้วค่อย ๆ หายใจออก และกลับสู่ท่าเดิม ทำอีกข้างเช่นเดียวกันนับเป็น 1 ครั้ง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ท่าแก้วิงเวียนศีรษะ ของโปรแกรมการออกกำลังกายท่าฤๅษีคัตตน

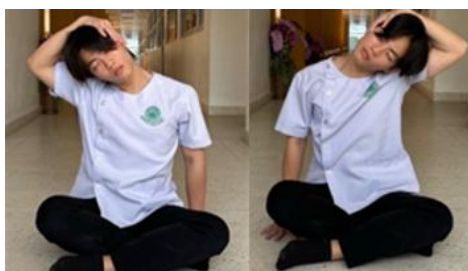
- ท่าแก้ปวดท้อง สะบักจม ตั้งแขนขึ้นเป็นฉากกับหัวไหล่ทั้ง 2 ข้าง เยกหน้าขึ้นให้สุด หายใจเข้าลึก ๆ ค้างไว้ นับ 3-2-1 แล้วค่อย ๆ หายใจออก และกลับสู่ท่าเดิม ทำอีกข้างเช่นเดียวกันนับเป็น 1 ครั้ง ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ท่าแก้ปวดท้อง สะบักจม ของโปรแกรมการออกกำลังกายทำฤๅษีคัดตน

1.2 โปรแกรมกายบริหารกล้ามเนื้อ<sup>๓</sup> 3 ท่า ได้แก่ 1) ทำยืดกล้ามเนื้อคอด้านข้าง 2) ทำยืดกล้ามเนื้อสะบักด้านใน 3) ทำยืดกล้ามเนื้อคอด้านหลัง ให้ทำทีละท่า โดยขณะทำ หายใจเข้าค้างไว้ นับ 1-10 แล้วหายใจออกพัก 5 วินาที ทำละ 3 ครั้ง ทำให้ครบทั้ง 3 ท่า นับเป็น 1 รอบ ทำทั้งหมด 10 รอบ ในช่วงเวลาที่สะดวก โดยมีคลิปวิดีโอการสอนประกอบการทำท่าบริหารพร้อมควบคุมเวลา ให้ทำไปพร้อมกัน 4 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ทำการวัดผล 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนออกกำลังกายและเมื่อออกกำลังกายครบ 1 และ 2 สัปดาห์ โดยวิธีทำท่าออกกำลังกายมีดังนี้

- ทำยืดกล้ามเนื้อคอด้านข้าง (Neck rotator, Neck lateral flexor) ใช้มือด้านตรงข้ามกดศีรษะจนรู้สึกตึงคอ ค้างไว้ นับ 1-10 แล้วค่อยๆ กลับสู่ท่าเดิม ทำอีกข้างเช่นเดียวกัน นับเป็น 1 ครั้ง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ทำยืดกล้ามเนื้อคอด้านข้าง ของโปรแกรมท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ

- ทำยืดกล้ามเนื้อสะบักด้านใน (Subscapularis muscle) ใช้มือซ้ายจับประคองศอกเหนือศีรษะ ด้านตรงข้าม โน้มตัวไปด้านข้าง ดึงศอกจนรู้สึกตึงแขนซ้าย ค้างไว้ นับ 1-10 แล้วค่อยๆ กลับสู่ท่าเดิม ทำข้างขวาเช่นเดียวกัน นับเป็น 1 ครั้ง ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ทำยืดกล้ามเนื้อสะบักด้านใน ของโปรแกรมท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ



- ทำยืดกล้ามเนื้อคอด้านหลัง (Neck extensor muscle) ใช้มือประสานกันบริเวณท้ายทอย กดศีรษะลงช้า ๆ จนรู้สึกตึงคอ ค้างไว้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ กลับสู่ท่าเดิม ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ทำยืดกล้ามเนื้อคอด้านหลัง ของโปรแกรมท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจร่างกาย มีดังนี้

2.1 Goniometer สำหรับวัดองศาการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ทำการวัดในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในท่านั่ง โดยวัดทุกทิศการเคลื่อนไหวคอ ได้แก่ ท่าก้มคอ (Flexion) ท่าเงยคอ (Extension) จุดหมุนบริเวณรูหู เอียงคอซ้าย/ขวา (Lateral flexion) จุดหมุนบริเวณกระดูกสันหลังคอชั้นที่ 7 หันคอซ้าย/ขวา (Rotation) และจุดหมุนบริเวณจุดสูงสุดของศีรษะ

2.2 สายวัด ใช้ในการวัดการขยายของทรวงอก (Lung expansion) โดยใช้สายวัดพันรอบทรวงอก วัดรอบหน้าอกระดับหัวนมในผู้ชายและใต้ราวนมในผู้หญิง โดยให้ผู้ปวยนั่งตัวตรง หรือยืนโดยวางแขนไว้ด้านข้าง วัดเมื่อหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกเต็มที่แล้วอ่านค่า

2.3 เครื่องฝึกหายใจ Tri-ball spirometer สำหรับวัดความสามารถในการหายใจเข้า โดยทำการวัดทั้งหมด 5 ครั้ง เพื่อดูการยกตัวลูกบอลทั้ง 3 ลูก แต่ละลูกมีค่าวัดคือ 600, 900 และ 1200 มิลลิลิตร/วินาที ในการหายใจเข้าแต่ละครั้ง และเก็บข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย

2.4 นาฬิกาสำหรับวัดอัตราการหายใจ (Respiratory rate) โดยนับจำนวนครั้งที่หายใจเข้า-ออก ใน 1 นาที

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจร่างกาย มีดังนี้

3.1 แบบสอบถามประเมินเกณฑ์การคัดเข้า

3.2 สมุดบันทึกการออกกำลังกาย

3.3 แบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม โปรแกรมการออกกำลังกาย และแบบบันทึกการออกกำลังกาย ด้วยทดสอบค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-objective Congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน

3 ท่าน แล้วนำแบบสอบถาม และบันทึกไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.0 ก่อนนำไปใช้

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่รับรอง COE.SCPHC.NO.2025/031 เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเอกสารชี้แจง อธิบาย และตอบข้อซักถาม จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี ก่อนขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการเข้ารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยแสดงผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่ระบุชื่อและประวัติการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลที่คลินิกแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และเปิดรับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า รวมถึงแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และการเก็บข้อมูล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการตรวจร่างกาย คือ วัดองค์การเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อคอ การวัดอัตราการหายใจ การวัดความจุปอด การวัดการขยายของทรวงอก รวมถึงทำแบบประเมินระดับความปวด

3. ผู้วิจัยอธิบายและสาธิตวิธีทำท่าฤๅษีคัตถุน และท่ากายบริหารตามโปรแกรม แล้วแจกสมุดบันทึกการออกกำลังกาย ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สำหรับบันทึกด้วยตนเอง

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองทำการออกกำลังกายท่าฤๅษีคัตถุน หรือท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ และให้กลุ่มตัวอย่างทำการออกกำลังกายตามที่ระบุในโปรแกรม จำนวน 4 วัน/สัปดาห์ เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ด้วยตนเอง และบันทึกผลในสมุดบันทึกการออกกำลังกาย

5. ผู้วิจัยทำการตรวจร่างกายให้กับกลุ่มตัวอย่าง หลังออกกำลังกายตามกำหนดครบ 1 และ 2 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกันด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และเปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.05)

## ผลการวิจัย

## 1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็น กลุ่มออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษี คัดตน จำนวน 33 คน และท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ จำนวน 33 คน อย่างไรก็ตาม หลังจากครบระยะเวลาวิจัยที่กำหนด อาสาสมัครที่ออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีคัดตน เหลือจำนวน 30 คน และกลุ่มออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหาร มีอาสาสมัครเหลือจำนวน 31 คน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และค่าดัชนีมวลกาย ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความใกล้เคียงกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป          | ท่าฤๅษีคัดตน (n=30) |        | ท่ากายบริหาร (n=31) |        |
|-----------------------|---------------------|--------|---------------------|--------|
|                       | จำนวน               | ร้อยละ | จำนวน               | ร้อยละ |
| <b>เพศ</b>            |                     |        |                     |        |
| ชาย                   | 4                   | 13.33  | 6                   | 19.35  |
| หญิง                  | 26                  | 86.67  | 25                  | 80.65  |
| <b>อายุ</b>           |                     |        |                     |        |
| 16 – 25 ปี            | 26                  | 86.67  | 23                  | 74.19  |
| 26 – 35 ปี            | 1                   | 3.33   | 3                   | 9.68   |
| 36 – 44 ปี            | 3                   | 10     | 5                   | 16.13  |
| <b>อาชีพ</b>          |                     |        |                     |        |
| นักเรียน/นักศึกษา     | 26                  | 86.67  | 23                  | 74.19  |
| ข้าราชการ             | -                   | -      | 2                   | 6.45   |
| รับจ้าง/พนักงานบริษัท | 3                   | 10     | 4                   | 12.90  |
| อื่น ๆ                | 1                   | 3.33   | 2                   | 6.45   |
| <b>ระดับการศึกษา</b>  |                     |        |                     |        |
| มัธยมศึกษา            | 1                   | 3.33   | 1                   | 3.23   |
| ปริญญาตรี             | 28                  | 93.34  | 28                  | 90.32  |
| ปวช./ปวส.             | -                   | -      | 2                   | 6.45   |
| สูงกว่าปริญญาตรี      | 1                   | 3.33   | -                   | -      |
| <b>ดัชนีมวลกาย</b>    |                     |        |                     |        |
| น้ำหนักน้อยหรือผอม    | 6                   | 20     | 5                   | 16.13  |
| ปกติ                  | 14                  | 46.67  | 9                   | 29.03  |
| น้ำหนักเกิน           | 4                   | 13.33  | 9                   | 29.03  |
| โรคอ้วนระดับที่ 1     | 5                   | 16.67  | 6                   | 19.36  |
| โรคอ้วนระดับที่ 2     | 1                   | 3.33   | 2                   | 6.45   |

## 2. ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนบนและความจุปอด

เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจร่างกายในกลุ่มท่าฤๅษีคัตถน ก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1) ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ในท่าก้มหน้าคางชิดอก ท่าเงยหน้ามองเพดาน ท่าเอียงหูชิดไหล่ทั้ง 2 ข้าง ท่าหันหน้าทั้ง 2 ข้าง การตรวจความจุปอด Tri ball spirometer Lung expansion จุดกดเจ็บ ความเมื่อยล้า และการหายใจไม่เต็มอัม พบว่ามีค่าเฉลี่ยไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  และผลการตรวจร่างกายหลังออกกำลังกายในการเปรียบเทียบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยมีแนวโน้มดีที่สุด เมื่อท่าฤๅษีคัตถนอย่างต่อเนื่องในระหว่างการทดลอง 2 สัปดาห์ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการตรวจร่างกายก่อนและหลังกลุ่มท่าฤๅษีคัตถนครั้งที่ 1-3 (n=30)

| ผลการตรวจร่างกาย                       | ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                      |                      | p-value<br>เปรียบเทียบผลครั้งที่ |       |       |
|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|-------|-------|
|                                        | ครั้งที่ 1                           | ครั้งที่ 2           | ครั้งที่ 3           | 1:2                              | 2:3   | 1:3   |
| ก้มหน้าคางชิดอก (องศา)                 | 37.67 $\pm$ 10.37                    | 43.70 $\pm$ 10.00    | 48.43 $\pm$ 8.98     | .000*                            | .001* | .001* |
| เงยหน้ามองเพดาน (องศา)                 | 37.07 $\pm$ 8.94                     | 44.17 $\pm$ 7.56     | 52.50 $\pm$ 8.97     | .000*                            | .000* | .000* |
| เอียงหูชิดไหล่ซ้าย (องศา)              | 38.27 $\pm$ 11.22                    | 40.80 $\pm$ 11.82    | 45.67 $\pm$ 10.01    | .049*                            | .001* | .001* |
| เอียงหูชิดไหล่ขวา (องศา)               | 38.07 $\pm$ 12.40                    | 42.57 $\pm$ 11.08    | 45.60 $\pm$ 10.39    | .007*                            | .005* | .005* |
| หันศีรษะซ้าย (องศา)                    | 51.93 $\pm$ 8.72                     | 60.33 $\pm$ 8.52     | 67.63 $\pm$ 12.96    | .000*                            | .000* | .000* |
| หันศีรษะขวา (องศา)                     | 57.53 $\pm$ 7.48                     | 62.97 $\pm$ 8.01     | 69.07 $\pm$ 12.33    | .000*                            | .000* | .000* |
| Tri-ball spirometer (มิลลิลิตร/วินาที) | 954.00 $\pm$ 179.9                   | 1062.00 $\pm$ 151.26 | 1124.00 $\pm$ 119.93 | .000*                            | .009* | .009* |
| Lung expansion (เซนติเมตร)             | 4.57 $\pm$ 1.45                      | 5.17 $\pm$ 1.56      | 5.57 $\pm$ 1.76      | .000*                            | .004* | .004* |
| อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)             | 17.37 $\pm$ 1.25                     | 17.07 $\pm$ 1.01     | 16.40 $\pm$ 0.86     | .039*                            | .001* | .001* |
| ระดับความเจ็บปวด (NRS)                 | 5.07 $\pm$ 1.01                      | 3.83 $\pm$ 0.99      | 2.93 $\pm$ 0.87      | .000*                            | .000* | .000* |
| จุดกดเจ็บ                              | 2.67 $\pm$ 0.45                      | 2.47 $\pm$ 0.51      | 1.47 $\pm$ 0.51      | .014*                            | .000* | .000* |
| ความเมื่อยล้า                          | 2.00 $\pm$ 0.00                      | 2.27 $\pm$ 0.45      | 1.23 $\pm$ 0.43      | .005*                            | .000* | .000* |
| การหายใจไม่เต็มอัม                     | 2.00 $\pm$ 0.00                      | 2.00 $\pm$ 0.00      | 1.07 $\pm$ 0.25      | 1.000                            | .000* | .000* |

\*  $p$ -value  $< 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจร่างกายในกลุ่มท่ากายบริหาร ก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1) ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ในท่าก้มหน้าคางชิดอก ท่าเงยหน้ามองเพดาน ท่าเอียงหูชิดไหล่ทั้ง 2 ข้าง ท่าหันหน้าทั้ง 2 ข้าง การตรวจความจุปอด Tri ball spirometer Lung expansion จุดกดเจ็บ ความเมื่อยล้า และการหายใจไม่เต็มอัม พบว่า มีค่าเฉลี่ยไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ยกเว้น อัตราการหายใจ ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการตรวจร่างกายก่อนและหลังกลุ่มท่ากายบริหาร ครั้งที่ 1-3 (n=31)

| ผลการตรวจร่างกาย                       | ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                      |                      | p-value<br>เปรียบเทียบผลครั้งที่ |       |       |
|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|-------|-------|
|                                        | ครั้งที่ 1                           | ครั้งที่ 2           | ครั้งที่ 3           | 1:2                              | 2:3   | 1:3   |
| ก้มหน้ากางซิคอก (องศา)                 | 38.23 $\pm$ 9.92                     | 43.51 $\pm$ 10.59    | 47.52 $\pm$ 9.37     | .000*                            | .000* | .000* |
| เงยหน้ามองเพดาน (องศา)                 | 41.13 $\pm$ 9.16                     | 45.61 $\pm$ 8.40     | 47.52 $\pm$ 9.37     | .000*                            | .000* | .000* |
| เอียงหูชิดไหล่ซ้าย (องศา)              | 37.52 $\pm$ 12.92                    | 39.35 $\pm$ 12.81    | 46.32 $\pm$ 11.14    | .034*                            | .001* | .000* |
| เอียงหูชิดไหล่ขวา (องศา)               | 36.94 $\pm$ 10.25                    | 40.29 $\pm$ 10.99    | 45.39 $\pm$ 11.51    | .002*                            | .005* | .000* |
| หันศีรษะซ้าย (องศา)                    | 49.90 $\pm$ 10.26                    | 55.13 $\pm$ 10.62    | 61.65 $\pm$ 14.19    | .000*                            | .000* | .000* |
| หันศีรษะขวา (องศา)                     | 51.77 $\pm$ 11.39                    | 56.26 $\pm$ 11.72    | 62.70 $\pm$ 15.22    | .000*                            | .000* | .000* |
| Tri ball spirometer (มิลลิลิตร/วินาที) | 956.13 $\pm$ 236.95                  | 1062.58 $\pm$ 203.88 | 1101.29 $\pm$ 184.31 | .001*                            | .004* | .000* |
| Lung expansion (เซนติเมตร)             | 4.55 $\pm$ 1.48                      | 5.10 $\pm$ 1.83      | 5.73 $\pm$ 2.05      | .002*                            | .004* | .000* |
| อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)             | 17.06 $\pm$ 1.31                     | 17.03 $\pm$ 1.17     | 16.90 $\pm$ 0.98     | .846                             | .573  | 0.678 |
| ระดับความเจ็บปวด (NRS)                 | 5.13 $\pm$ 1.15                      | 3.71 $\pm$ 0.92      | 2.87 $\pm$ 0.92      | .000*                            | .000* | .000* |
| จุดกดเจ็บ                              | 2.35 $\pm$ 0.49                      | 2.55 $\pm$ 0.51      | 1.39 $\pm$ 0.50      | .014*                            | .000* | .000* |
| ความเมื่อยล้า                          | 2.00 $\pm$ 0.00                      | 2.39 $\pm$ 0.50      | 1.29 $\pm$ 0.46      | .001*                            | .000* | .000* |
| การหายใจไม่เต็มอิ่ม                    | 2.00 $\pm$ 0.00                      | 2.00 $\pm$ 0.00      | 1.09 $\pm$ 0.30      | 1.000                            | .000* | .000* |

\* p-value &lt; 0.05

เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจร่างกายระหว่างกลุ่มท่าฤๅษีคัคคน (n=30) และกลุ่มท่ากายบริหาร (n=31) ในครั้งที่ 3 พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ได้แก่ ก้มหน้ากางซิคอก , เงยหน้ามองเพดาน , เอียงหูชิดไหล่ซ้าย-ขวา และ หันศีรษะข้างซ้าย-ขวา ในด้านการทำงานของปอด ได้แก่ Tri ball spirometer และ Lung expansion และความเจ็บปวดหรืออาการต่าง ๆ ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด (NRS) , จุดกดเจ็บ , ความเมื่อยล้า และการหายใจไม่เต็มอิ่ม อย่างไรก็ตาม อัตราการหายใจ เป็นตัวแปรเดียวที่พบว่ามีค่าแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ทำท่าฤๅษีคัคคน มีอัตราการหายใจเฉลี่ย (16.40  $\pm$  0.86 ครั้งต่อนาที) น้อยกว่าอัตราการหายใจเฉลี่ยของกลุ่มที่ทำท่ากายบริหารมีอัตราการหายใจ (16.90  $\pm$  0.98 ครั้งต่อนาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการตรวจร่างกายระหว่างกลุ่มทำฤๅษีตัดตน และกลุ่มทำกายบริหาร

| ตัวแปร                                 | ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                      | p-value |
|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------|
|                                        | ทำฤๅษีตัดตน (n=30)                   | ทำกายบริหาร (n=31)   |         |
| ก้มหน้าคางชิดอก (องศา)                 | 48.43 $\pm$ 8.98                     | 47.52 $\pm$ 9.37     | 0.891   |
| เงยหน้ามองเพดาน (องศา)                 | 52.50 $\pm$ 8.97                     | 47.52 $\pm$ 9.37     | 0.525   |
| เอียงหูชิดไหล่ซ้าย (องศา)              | 45.67 $\pm$ 10.01                    | 46.32 $\pm$ 11.14    | 0.707   |
| เอียงหูชิดไหล่ขวา (องศา)               | 45.60 $\pm$ 10.39                    | 45.39 $\pm$ 11.51    | 0.925   |
| หันศีรษะซ้าย (องศา)                    | 67.63 $\pm$ 12.96                    | 61.65 $\pm$ 14.19    | 0.117   |
| หันศีรษะขวา (องศา)                     | 69.07 $\pm$ 12.33                    | 62.70 $\pm$ 15.22    | 0.083   |
| Tri ball spirometer (มิลลิลิตร/วินาที) | 1124.00 $\pm$ 119.93                 | 1101.29 $\pm$ 184.31 | 0.809   |
| Lung expansion (เซนติเมตร)             | 5.57 $\pm$ 1.76                      | 5.73 $\pm$ 2.05      | 0.599   |
| อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)             | 16.40 $\pm$ 0.86                     | 16.90 $\pm$ 0.98     | 0.016*  |
| ระดับความเจ็บปวด (NRS)                 | 2.93 $\pm$ 0.87                      | 2.87 $\pm$ 0.92      | 0.678   |
| จุดกดเจ็บ                              | 1.47 $\pm$ 0.51                      | 1.39 $\pm$ 0.50      | 0.533   |
| ความเมื่อยล้า                          | 1.23 $\pm$ 0.43                      | 1.29 $\pm$ 0.46      | 0.387   |
| การหายใจไม่เต็มอิม                     | 1.07 $\pm$ 0.25                      | 1.09 $\pm$ 0.30      | 0.671   |

\* p-value &lt; 0.05

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการออกกำลังกายท่าฤๅษีตัดตนกับท่ากายบริหาร กล้ามเนื้อ ต่อการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ความจุปอดและอัตราการหายใจ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน แบ่งเป็น กลุ่มท่าฤๅษีตัดตน 30 คน และกลุ่มท่ากายบริหาร 31 คน สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มอาสาสมัครที่ออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดตน มีค่าองศาการก้ม-เงย เอียงหูชิดไหล่ซ้าย-ขวา และหันศีรษะซ้าย-ขวาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อได้ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มอาสาสมัครที่ทำท่ากายบริหาร นอกจากนี้ อาสาสมัครที่ออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดตน มีความจุปอดไม่แตกต่างกันกับกลุ่มอาสาสมัครที่ทำท่ากายบริหาร อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดตน มีผลทำให้อัตราการหายใจแตกต่างจากท่ากายบริหารกล้ามเนื้อ โดยกลุ่มที่ทำท่าฤๅษีตัดตน มีอัตราการหายใจลดลงกว่ากลุ่มที่ทำท่ากายบริหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าท่าฤๅษีตัดตนเกิดจากการฝึกอิริยาบถฐาน การเคลื่อนไหวร่างกายและการควบคุมลมหายใจ ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของทรวงอกและประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ<sup>9</sup> จึงทำให้ผู้ใช้ท่าฤๅษีตัดตนมีความจุของปอดดีขึ้น และลดอัตราการหายใจได้

ทั้งนี้การออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดตนและท่ากายบริหารกล้ามเนื้อสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนบน เพิ่มปริมาตรความจุปอดและลดอัตราการหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดตนต่อการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อคอ<sup>10</sup> และผลของการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ

สะบักแบบประยุกต์ในผู้ที่มีอาการปวดคอ สะบักและไหล่ ที่พบว่า ช่วยลดความบวมพร่องของคอ ลดอาการปวด และเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อบริเวณคอสะบัก และไหล่ได้<sup>11</sup> นอกจากนี้การบริหารกล้ามเนื้อหลังส่วนบนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหายใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Leelananthakul และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่า การฝึกท่าฤๅษีคัตตน 4 สัปดาห์ในผู้สูงอายุช่วยเพิ่มการขยายตัวของทรวงอก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ และสมรรถภาพปอด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Khanthong et al<sup>13</sup> ที่ชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ส่งเสริมสมรรถภาพปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ การขยายตัวของทรวงอก และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานว่าการบริหารกล้ามเนื้อหลังส่วนบนมีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของระบบหายใจ

นอกจากนี้ ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแสดงให้เห็นว่าท่าฤๅษีคัตตนและท่ากายบริหารมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันเรื่องการเพิ่มความยืดหยุ่น และเพิ่มปริมาตรความจุปอด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าทั้ง 2 วิธีสามารถนำมาใช้ฟื้นฟูอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 16 -44 ปี

#### ข้อเสนอแนะ

1. จัดให้มีการติดตามผลการออกกำลังกาย โดยให้อาสาสมัครแจ้งข้อมูลการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการติดตามผลได้ต่อเนื่องและให้ได้ผลการศึกษาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจร่างกาย ควรมีเครื่องดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการตรวจร่างกายที่ชัดเจน และไม่มีอคติ

#### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านและวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี สำหรับการอำนวยความสะดวกเรื่องอุปกรณ์ สถานที่ ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย

#### เอกสารอ้างอิง

1. จันทนิ นิลเลิศ. การนั่งตามหลักกายศาสตร์. เวชบัณฑิตศิริราช 2560;10(1):23-28.
2. ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, สกุนตลา แซ่เตียว. พฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2561;5(2):258-271.
3. สันตนิ เครือขอนแก่น, สิริลักษณ์ กาญจโนมัย. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดคอจากการใช้สมาร์ตโฟนในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเขตคลองหลวง. วารสารกายภาพบำบัด 2559;38(1):23-32.
4. กรมอนามัย. ข่าวแจก “กรมอนามัยเผยวัยทำงาน ร้อยละ 60 เสี่ยงโรคออฟฟิศซินโดรมแนะปรับสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงานให้ถูกหลัก” [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/15815>
5. โรงพยาบาลพระราม 9. ออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome) อาการเรื้อรังที่ต้องรักษาก่อนจะบานปลาย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.praram9.com/officesyndrome/>

6. De Troyer A, Boriek AM. Mechanics of the Respiratory Muscles. Compr Physiol 2011;1(3):1273-1300.
7. ทวี เลหาพันธ์, เอื้อพงศ์ จตุรธำรง. กายบริหารแบบฤๅษีคัดคน เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ: ศุภนิขการพิมพ์; 2554.
8. Nelson AG, Jouko Kokkonen. Stretching anatomy. Champaign, IL: Human Kinetics; 2021.
9. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ฤๅษีคัดคนพื้นฐาน 15 ท่า. กรุงเทพฯ: โปสทัพบลิขิง จำกัด (มหาชน); 2556.
10. อลิษา แสงพุ่ม, ศุภวรรณ ชัยประกายวรรณ, ปาริฉัตร พรหมโสดา, อนันตชัย ทิศกระโทก, สุเมธ แก้วพวง, พรศุภา ศรียันต์, และคณะ. การศึกษาประสิทธิผลการออกกำลังกายท่าฤๅษีคัดคนต่อการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อคอ. ใน: รายงานการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 (Graduate School Conference 2019); วันที่ 15 พฤศจิกายน 2562; มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2562.
11. สายแก้ว เจือจันทร์, วนิดา แก้วมณี, กฤตยชญ์ ทองนุ่น, จุฑานันท์ พรหมอินทร์, ธวัชชัย แซ่เล่า, นุชนาถ อัสววงส์สวัสดิ์. ผลของการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะบักแบบประยุกต์ในผู้ที่มีอาการปวดคอ สะบักและไหล่. วารสารกายภาพบำบัด 2564;43(1):31-44.
12. วัลลภา ถิลาณันท์กุล, เนตรชนก ชินเกตุ, ประดิษฐา ดวงเดช, สุธามาศ บุญรัตน์, สุวรรณมาเฒ่าปิ่น. ผลของการบริหารร่างกายฤๅษีคัดคนท่าแก้โรคในอกต่อการขยายตัวของทรวงอก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจและสมรรถภาพของปอดในผู้ที่มีสุขภาพดีช่วงอายุ 50-90 ปี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2561;16(2):229-247.
13. Khanthong P, Dechakhamphu A, Natason A. Effect of Ruesi Dadton on vital capacity, flexibility and range of motion in healthy elderly individuals. Science, Engineering and Health Studies 2022;16:1-8.



## การศึกษาเภสัชวัตถุในตำราพระโอสถปราชยาทอง ฉบับกรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์

วิศรา บุญวงษ์<sup>1</sup> อลิสา อานประโคน<sup>1</sup> กันตา หงษ์ทอง<sup>1</sup> ชามานิชา โอสถประสพ<sup>1</sup>

ลินลนีย์ แซ่หลี่<sup>1</sup> วิชกร วงษ์สุวรรณ<sup>2</sup> นภาลัย มากโหนด<sup>2\*</sup>

### บทคัดย่อ

ตำราพระโอสถปราชยาทอง ฉบับกรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์ เป็นเอกสารโบราณที่รวบรวมองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ที่มีต้นฉบับเป็นสำเนาเหมือนจริงจากหนังสือสมุดไทยดำ โดยมีตำรับยาทั้งหมด 67 ตำรับ แบ่งตามกลุ่มโรคและอาการ อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีรายงานการรวบรวมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของพืชวัตถุที่ใช้ในคัมภีร์นี้มาก่อน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยเอกสารโดยการวิเคราะห์และค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ของพืชวัตถุที่ใช้ในคัมภีร์ โดยเป็นการวิจัยเชิงเอกสารสืบค้น รวบรวม และวิเคราะห์องค์ความรู้

ผลการศึกษาพบว่า มีตำรับยาในคัมภีร์ทั้งสิ้น 67 ตำรับ จำนวนเภสัชวัตถุทั้งหมด 368 ชนิด ประกอบด้วยพืชวัตถุ 243 ชนิด ธาตุวัตถุ 22 ชนิด และสัตว์วัตถุ 33 ชนิด พืชวัตถุที่พบความถี่มากที่สุด 10 อันดับแรกคือ ดีปลี (*Piper retrofractum* Vahl) จันทน์แดง (*Pterocarpus santalinus* L.f.) กานพลู (*Syzygium aromaticum* (L.) Merr. & L. M.Perry) จันทน์ขาว (*Santalum album* L.) จันทน์เทศ (*Myristica fragrans* Houtt.) พริกไทย (*Piper nigrum* L.) กระวาน (*Wurfbainia testacea* (Ridl.) Škormiček & A.D.Poulsen (syn. *Amomum testaceum*)) อบเชยเทศ (*Cinnamomum verum* (syn. *C. zeylanicum*)) กฤษณา (*Aquilaria crassna* Pierre ex Lecomte) และเทียนดำ (*Nigella sativa* L.) วิธีการบริหารยาที่พบมากที่สุด คือ การรับประทาน ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่พบของสมุนไพร คือ ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ฤทธิ์ด้านการอักเสบ ฤทธิ์ด้านจุลชีพ ฤทธิ์ด้านแบคทีเรีย ฤทธิ์ด้านไวรัสและฤทธิ์ด้านมะเร็ง โดยสืบค้นทั้งทางการวิจัยในระดับหลอดทดลอง สัตว์ทดลอง และทางคลินิก ผลการศึกษานี้สามารถเป็นข้อมูลสนับสนุนการใช้สมุนไพรในการรักษาโรค และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการตั้งตำรับยารักษาผู้ป่วยรวมถึงช่วยสื่อสารกับสหวิชาชีพ

**คำสำคัญ:** ตำราพระโอสถปราชยาทอง, หลักฐานเชิงประจักษ์, ยาสมุนไพร

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก \*ผู้ประสานรับบรรณกิจ e-mail: naphalai@acttm.ac.th

## **A study of pharmaceutical objects in the Phra Osot Prasat Thong Scripture: Prince of Chumphon Khet Udomsak edition**

Warissara Boonwong<sup>1</sup> Alisa Arnprakhon<sup>1</sup> Kanta Hongthong<sup>1</sup> Chamanicha Osodprasop<sup>1</sup>  
Linlanee Saelee<sup>1</sup> Vichakorn Wongsuwan<sup>2</sup> Naphalai Makhon<sup>2\*</sup>

### **Abstract**

The Phra Osot Prasat Thong Scripture, Prince of Chumphon Khet Udomsak edition, is an ancient document that compiles knowledge of Thai traditional medicine. The original scripture exists as an authentic facsimile in the form of a black folding book (Samut Thai Dam). It contains totally 67 traditional Thai medicinal recipes categorized into disease groups and symptom categories. There has been no comprehensive study aimed at collecting and investigating the empirical evidence of the medicinal plants used in this scripture. Therefore, the objective of this study was to examine this scripture by systematically analyzing and identifying the evidence related to plant materials mentioned.

The findings revealed that the scripture comprises 67 recipes with a total of 368 medicinal substances, including 243 plant materials, 22 mineral materials, and 33 animal materials. Ten most frequently cited plant materials were: Javanese long pepper (*Piper retrofractum* Vahl), Red sandalwood (*Pterocarpus santalinus* L.f.), Clove (*Syzygium aromaticum* (L.) Merr. & L.M.Perry), Sandalwood (*Santalum album* L.), Nutmeg (*Myristica fragrans* Houtt.), Black pepper (*Piper nigrum* L.), Siam cardamom (*Wurfbainia testacea* (Ridl.) ŠkorniČk. & A.D.Poulsen), Ceylon cinnamon (*Cinnamomum verum* J.Presl), Agarwood (*Aquilaria crassna* Pierre ex Lecomte), and Black cumin (*Nigella sativa* L.). The most common route of administration was oral administration. The pharmacological activities included antioxidant, anti-inflammatory, antimicrobial, antibacterial, antiviral, and anticancer. These effects were identified through research conducted at various levels, including *in vitro*, *in vivo*, and clinical studies. The findings of this study can serve as supporting evidence for the use of medicinal plants in disease treatment and may be used as a guideline for formulating herbal prescriptions for patients. Additionally, the results can help facilitate communication and collaboration with other healthcare professionals.

**Keywords:** Phra Osot Prasat Thong Scripture, Empirical evidence, Herbal medicine

<sup>1</sup> Students, Abhailbhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> Abhailbhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

\*Corresponding author e-mail: naphalai@acttm.ac.th

## บทนำ

การแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์แห่งการดูแลสุขภาพที่สืบทอดมาจากภูมิปัญญาโบราณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องตำรับยา ซึ่งถือเป็นวรรณกรรมที่สำคัญในการบันทึกวิธีการรักษาโรคต่าง ๆ เช่น โรคผื่น โรคไข้ โรคกษัย หรืออาการผิดปกติของร่างกาย และยังรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชวัตถุหรือวัตถุดิบที่ใช้ในการปรุงยาอีกด้วย ร่องรอยการบำบัดรักษาผู้ป่วยนั้น มีประวัติศาสตร์ยาวนานและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในสมัยสุโขทัยมีการจัดตั้งสวนสมุนไพรขนาดใหญ่สำหรับรักษาผู้คน จนมาถึงสมัยอยุธยา ปรากฏ “ตำราพระโอสถพระนารายณ์” ซึ่งเป็นตำรายาที่รวบรวมตำรับยาจากหลายชาติพันธุ์ ในขณะที่สมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้นมีการอนุรักษ์และพัฒนาตำรายาไทยอย่างจริงจัง เช่น การจารึกตำราตามวัดต่าง ๆ รวมถึงการชำระและรวบรวมตำรายาไว้เป็นหมวดหมู่ เช่น ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2 และตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5<sup>1</sup>

ปัจจุบันองค์ความรู้จากตำราการแพทย์แผนไทยเหล่านี้ยังคงได้รับการศึกษาและอนุรักษ์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งตำราพระโอสถปราสาททอง ซึ่งเป็นตำรารูปแบบสมุดไทยคำที่รวบรวมโดยหมอลหลวงในสมัยสมเด็จพระเจ้าปราสาททอง มีการบันทึกตำรับยา 67 ตำรับและตกทอดมาถึงพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ซึ่งมีชื่อเรียกขานว่า “หมอมพร”<sup>2</sup> ต่อมากรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกได้นำตำรานี้มาถ่ายทอดตัวอักษรจากต้นฉบับเดิมและจัดทำคำอ่านปัจจุบันตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 และจัดพิมพ์เป็น “ตำรายาหมอมพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราสาททอง ฉบับกรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์”<sup>2</sup> เพื่อให้ง่ายต่อการศึกษา

หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านสมุนไพรเป็นข้อมูลที่ผ่านมาการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และกลไกการออกฤทธิ์ของยาสมุนไพรเกี่ยวกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา และฤทธิ์ทางชีวภาพของสมุนไพร เป็นฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เพื่อยืนยันองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย และเป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการพัฒนาตำรับยาสมุนไพร<sup>3</sup> คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิเคราะห์เภสัชวัตถุที่บันทึกไว้ในตำรายาหมอมพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราสาททองฯ ซึ่งเป็นตำราที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ทำการปริวรรตโดยยังไม่มีการศึกษาข้อมูลเภสัชวัตถุในตำรายา และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและฤทธิ์ทางชีวภาพของสมุนไพร งานวิจัยนี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเลือกใช้สมุนไพรเพื่อปรุงยาสำหรับการรักษาโรคต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์และจัดลำดับเภสัชวัตถุที่ใช้ในตำรายาหมอมพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราสาททองฯ
2. เพื่อตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์และจัดลำดับพืชวัตถุที่มีการใช้มากที่สุด ในตำรายาหมอมพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราสาททองฯ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary research) โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ค้นหาและรวบรวมข้อมูลรายละเอียดของตำรายาที่ใช้ในการรักษาและชนิดของเภสัชวัตถุที่ใช้ในตำรายาหมอพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราชยาทองฯ แล้วจัดทำรายชื่อเภสัชวัตถุที่ใช้ในตำรายาน้ำกระสายยา วิธีการปรุงยา และวิธีการบริหารยา

#### การตรวจสอบข้อมูล

ตรวจสอบชื่อเภสัชวัตถุและรสรายของพืชวัตถุที่พบใน ตำรายาหมอพร เล่ม 2 ตำราพระโอสถปราชยาทองฯ จากนั้นสืบค้นข้อมูลชื่อวิทยาศาสตร์โดยอ้างอิงจากหนังสือชื่อพรรณไม้แห่งประเทศไทยของเต็ม สมิตินันท์ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2557<sup>4</sup> ฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตจาก Plants of the world online<sup>5</sup> คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี<sup>6</sup> หนังสือย่อเภสัชกรรมไทยและสรรพคุณสมุนไพร<sup>7</sup> และตำราอ้างอิงยาสมุนไพรไทย เล่ม 3<sup>8</sup> และ เล่ม 4<sup>9</sup> โดยสืบค้นในช่วงเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2568

#### การสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์

สืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์ของพืชวัตถุที่เกี่ยวข้องกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ได้แก่ ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity) ฤทธิ์ต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory activity) ฤทธิ์ต้านจุลชีพ (Antimicrobial activity) ฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย (Antibacterial activity) ฤทธิ์ต้านไวรัส (Antiviral activity) และฤทธิ์ต้านมะเร็ง (Anticancer activity) จากฐานข้อมูล Thaijo, Google Scholar และ Pubmed โดยใช้คำค้นเป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย คือ ชื่อวิทยาศาสตร์ของพืชวัตถุนั้น ตามด้วย Antioxidant, Anti-inflammatory, Antimicrobial, Antibacterial, Antiviral, Anticancer, ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ, ฤทธิ์ต้านการอักเสบ, ฤทธิ์ต้านจุลชีพ, ฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย, ฤทธิ์ต้านไวรัส และฤทธิ์ต้านมะเร็ง โดยสืบค้นงานวิจัยทั้งในระดับหลอดทดลอง (*in vitro*), สัตว์ทดลอง (*in vivo*) และทางคลินิก (clinical)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงค่าร้อยละ (Percentage) และความถี่ (frequencies) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

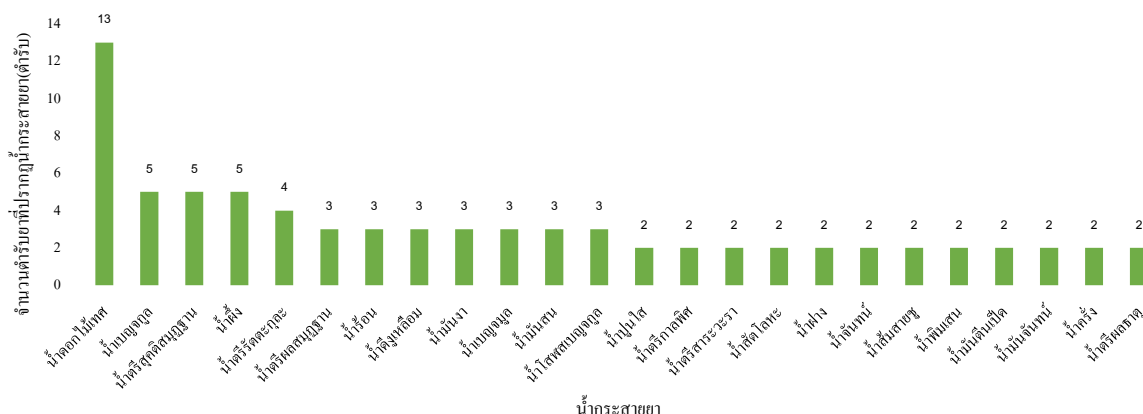
### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลตำรายาที่ใช้ในตำรายาหมอพร เล่ม 2 ตำราพระโอสถปราชยาทองฯ

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตำรายาจำนวน 67 ตำรับ ในตำรายาหมอพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราชยาทองฯ พบว่า มีจำนวนพืชวัตถุ 243 ชนิด ธาตุวัตถุ 22 ชนิด และสัตว์วัตถุ 33 ชนิด และยังพบข้อมูลน้ำกระสายยา 66 ชนิด และวิธีการปรุงยารูปแบบต่าง ๆ แสดงถึงความหลากหลายในองค์ความรู้ทางเภสัชกรรมที่ประกอบเป็นยารักษาโรค

ตำรับยาสมุนไพรที่ปรากฏในตำรายาหมอพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราชยาทองฯ ทั้ง 67 ตำรับ พบว่า มีการบริหารยา 2 รูปแบบ ได้แก่ ยารับประทาน และยาทาภายนอก คือ ยาน้ำมัน และยาขี้ผึ้ง ในตำรับยามีการใช้พืชผักที่หลากหลาย เช่น พิกัด 2 สิ่ง ได้แก่ จันทน์ทั้งสอง สีเสียดทั้งสอง ข้าวเย็นทั้งสอง เป็นต้น พิกัดยา 3 สิ่ง ได้แก่ ตริเกรสมาศ ตริคันธวาท ตริสุรพล เป็นต้น พิกัดยา 4 สิ่ง ได้แก่ จตุผลาริกะ จตุพิยคันธา เป็นต้น พิกัดยา 5 สิ่ง ได้แก่ โกฐทั้งห้า เบญจกูล เป็นต้น

ในตำรายายังมีการใช้น้ำกระสายยาหลายชนิด โดยน้ำกระสายยาที่มีการใช้มากที่สุด คือ น้ำดอกไม้เทศ มีการใช้ในตำรับยาจำนวน 13 ตำรับ รองลงมา คือ น้ำเบญจกูล น้ำตริสุคติสมุฏฐาน และน้ำผึ้ง จำนวน 5 ตำรับ นอกจากนั้นยังมีน้ำกระสายยาอื่น ๆ ได้แก่ น้ำตริรัตตะกฤษะ น้ำตริผลสมุฏฐาน น้ำร้อน น้ำคิงเหลื่อม น้ำมันงา น้ำเบญจมูล น้ำมันสน น้ำโสฬสเบญจกูล น้ำปูนใส น้ำตริกาลพิศ น้ำตริสาระวะรา น้ำสัตตโลหะ น้ำฝาง น้ำจันทน์ น้ำส้มสายชู น้ำพิมเสน น้ำมันดินเป็ด น้ำมันจันทน์ น้ำครั่ง น้ำตริผลธาตุ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 น้ำกระสายยาที่ใช้ในตำรับ

## 2. ค่าความถี่ในการใช้พืชวัตถุ

จากการศึกษาตำรายาหมอพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราชยาทองฯ พบว่า มีการใช้พืชวัตถุ จำนวน 243 ชนิด เมื่อนำพืชวัตถุทั้งหมดไปจัดลำดับที่มีการใช้มากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ ดิปลี จันทน์แดง กานพลู จันทน์ขาว จันทน์เทศ พริกไทย กระวาน อบเชยเทศ กฤษณา และเทียนคำ ในสมุนไพรดังกล่าว พบสมุนไพรสร้อยได้แก่ ดิปลี กานพลู พริกไทย กระวาน อบเชยเทศ เทียนคำ จันทน์เทศ ซึ่งมีสรรพคุณแก้ทางวาโยธาตุ แก้ลมกองหยาบ แก้ลมจุกเสียด ลมพรรดิก บำรุงธาตุ สมุนไพรสร้อยได้แก่ จันทน์แดง จันทน์ขาว กฤษณา ซึ่งมีสรรพคุณแก้ทางเตโชธาตุ แก้ไข้พิษ แก้ร้อนใน พืชวัตถุที่มีรสเผ็ดร้อนจะมีสรรพคุณในการรักษาโรคระบบทางเดินอาหาร ส่วนพืชวัตถุที่มีรสขมเย็นมีสรรพคุณเกี่ยวกับการรักษาโรคใช้รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ร้อยละและรายละเอียดของพืชวัตถุที่มีการใช้มากที่สุด 10 อันดับแรก ในตำรายาหมอพร เล่ม 2 ตำราพระโอสถปราชยาทองฯ

| ลำดับ | ชื่อพื้นเมือง | ชื่อวิทยาศาสตร์                                                                               | ส่วนที่ใช้    | รสยา         | ร้อยละ |
|-------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------|
| 1     | ดีปลี         | <i>Piper retrofractum</i> Vahl                                                                | ผลแก่ ราก ดอก | เผ็ดร้อนขม   | 52.24  |
| 2     | จันทน์แดง     | <i>Pterocarpus santalinus</i> L.f.                                                            | แก่น          | ขมเย็น       | 52.24  |
| 3     | กานพลู        | <i>Syzygium aromaticum</i> (L.) Merr. & L.M.Perry                                             | ดอกตูม        | เผ็ดร้อนปร่า | 47.76  |
| 4     | จันทน์ขาว     | <i>Santalum album</i> L.                                                                      | แก่น          | ขมหวาน       | 44.78  |
| 5     | จันทน์เทศ     | <i>Myristica fragrans</i> Houtt.                                                              | แก่น          | ขมหอมสุขุม   | 43.28  |
| 6     | พริกไทย       | <i>Piper nigrum</i> L.                                                                        | ราก ผล ดอก    | เผ็ดร้อน     | 41.79  |
| 7     | กระวาน        | <i>Wurfbainia testacea</i> (Ridl.) ŠkorniČk. & A.D.Poulsen<br>(syn. <i>Amomum testaceum</i> ) | ผล            | เผ็ดร้อนหอม  | 40.30  |
| 8     | อบเชยเทศ      | <i>Cinnamomum verum</i><br>(syn. <i>C. zeylanicum</i> )                                       | เปลือกต้น     | หวานเผ็ดร้อน | 35.82  |
| 9     | กฤษณา         | <i>Aquilaria crassna</i> Pierre ex Lecomte                                                    | แก่นที่มีราลง | จืด          | 32.84  |
| 10    | เทียนดำ       | <i>Nigella sativa</i> L.                                                                      | เมล็ด         | เผ็ดขม       | 32.84  |

### 3. หลักฐานเชิงประจักษ์ของพืชวัตถุ

เมื่อนำพืชวัตถุที่มีการใช้มากที่สุด 10 อันดับแรก และมียาค่าความถี่ตั้งแต่ร้อยละ 32.84 ขึ้นไป มาสืบค้นข้อมูลงานวิจัย พบว่า ดีปลี จันทน์แดง และกานพลู มีรายงานสนับสนุนถึงฤทธิ์ด้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity) ด้านการอักเสบ (Anti-inflammatory activity) ด้านจุลชีพ (Antimicrobial activity) ด้านแบคทีเรีย (Antibacterial activity) และด้านไวรัส (Antiviral activity) ส่วนจันทน์ขาว มีรายงานสนับสนุนฤทธิ์ด้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity) และฤทธิ์ด้านการอักเสบ (Anti-inflammatory activity) จันทน์เทศและกระวาน มีฤทธิ์ด้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity) ด้านการอักเสบ (Anti-inflammatory activity) ด้านจุลชีพ (Antimicrobial activity) และด้านแบคทีเรีย (Antibacterial activity) สำหรับกฤษณาพบรายงานถึงฤทธิ์ด้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity) ด้านจุลชีพ (Antimicrobial activity) ด้านแบคทีเรีย (Antibacterial activity) และด้านมะเร็ง (Anticancer activity) ส่วนพริกไทย อบเชยเทศ และเทียนดำ มีรายงานที่สนับสนุนครอบคลุมทั้ง 5 ฤทธิ์ ได้แก่ ฤทธิ์ด้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity), ด้านการอักเสบ (Anti-inflammatory activity) ด้านจุลชีพ (Antimicrobial activity) ด้านแบคทีเรีย (Antibacterial activity) ด้านไวรัส (Antiviral activity) และด้านมะเร็ง (Anticancer activity) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของพืชวัตถุที่มีการใช้มากที่สุด 10 อันดับแรกในตำรายาหมอพร เล่ม 2 ตำราพระโอสถปราชยาทองฯ

| ชื่อพืชวัตถุ | ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา                                 |                                                            |                                     |                                     |                                           |
|--------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
|              | Antioxidant                                        | Anti-inflammatory                                          | Antimicrobial/<br>Antibacterial     | Antiviral                           | Anticancer                                |
| ดีปลี        | Rawat et al, 2022 <sup>10</sup>                    | Phan et al, 2024 <sup>11</sup>                             | Anandan et al, 2024 <sup>12</sup>   | Priya et al, 2017 <sup>13</sup>     | n/a                                       |
| จันทน์แดง    | Soingam and Srithaworn, 2559 <sup>14</sup>         | ภรภัทร นิตวุฒิเดชา และ ชีรทัศน์ สุดสาย, 2559 <sup>15</sup> | อลิษา แสงพุ่ม, 2559 <sup>16</sup>   | Guo et al, 2024 <sup>17</sup>       | n/a                                       |
| กานพลู       | Temesgen et al, 2022 <sup>18</sup>                 | Ounaceur et al, 2024 <sup>19</sup>                         | Zhang et al, 2017 <sup>20</sup>     | Kiki, 2023 <sup>21</sup>            | n/a                                       |
| จันทน์ขาว    | พรรณนิภา แจ็กแดงพะเนาว์ และคณะ, 2567 <sup>22</sup> | พรรณนิภา แจ็กแดงพะเนาว์ และคณะ, 2567 <sup>22</sup>         | n/a                                 | n/a                                 | n/a                                       |
| จันทน์เทศ    | Nikolic et al, 2021 <sup>23</sup>                  | Matulyte et al, 2020 <sup>24</sup>                         | Ansory et al, 2020 <sup>25</sup>    | n/a                                 | n/a                                       |
| กระวาน       | Bhanuz et al, 2019 <sup>26</sup>                   | Bhanuz et al, 2019 <sup>26</sup>                           | Bhanuz et al, 2019 <sup>26</sup>    | n/a                                 | n/a                                       |
| พริกไทย      | Sudjarwo et al, 2017 <sup>27</sup>                 | Sudjarwo et al, 2017 <sup>27</sup>                         | Alves et al, 2023 <sup>28</sup>     | n/a                                 | สิรินภา ดอกดวง และคณะ, 2561 <sup>29</sup> |
| อบเชยเทศ     | Pagliari et al, 2023 <sup>30</sup>                 | Pagliari et al, 2023 <sup>30</sup>                         | Al-Garadi et al, 2022 <sup>31</sup> | Karadag et al, 2024 <sup>32</sup>   | Khan et al, 2023 <sup>33</sup>            |
| กฤษณา        | Daham et al, 2015 <sup>34</sup>                    | n/a                                                        | Daham et al, 2015 <sup>34</sup>     | n/a                                 | Daham et al, 2015 <sup>34</sup>           |
| เทียนดำ      | ชาริรัตน์ แจกกลา และคณะ, 2565 <sup>35</sup>        | Shaheen et al, 2022 <sup>36</sup>                          | Sutrisna, 2022 <sup>37</sup>        | Abo-Neima et al, 2023 <sup>38</sup> | Periasamy et al, 2016 <sup>39</sup>       |

### อภิปรายผลการวิจัย

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตำรับยาในตำรายาหมอพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราชยาทองฯ ทั้ง 67 ตำรับ พบว่ามีการใช้เภสัชวัตถุทั้งสิ้น 368 ชนิด ซึ่งประกอบด้วย พืชวัตถุ 243 ชนิด ธาตุวัตถุ 22 ชนิด และสัตว์วัตถุ 33 ชนิด พบรูปแบบการปรุงยา 2 รูปแบบ ได้แก่ ยารับประทาน และยาใช้ภายนอก คือ ยาขี้ผึ้ง และยาน้ำมัน ซึ่งรูปแบบการปรุงยาดังกล่าว สอดคล้องกับการปรุงยาที่กำหนดอยู่ในกรรมวิธีการปรุงยา 28 วิธีการแพทย์แผนไทย<sup>40</sup> รูปแบบการปรุงยารับประทานในลักษณะการปั้นเป็นแท่งนั้น สันนิษฐานว่า จะช่วยให้เก็บยาได้นานขึ้นและสะดวกแก่การนำยาออกมาใช้นอกจากนี้การทำยาในรูปแบบดังกล่าวยังช่วยให้แพทย์สามารถรักษาโรคได้หลากหลายยิ่งขึ้น เนื่องจากสะดวกในการปรุงยา ทั้งนี้การฝนยากับน้ำกระสาย จะช่วยให้ยามีรสชาติและสรรพคุณที่ดียิ่งขึ้น<sup>41</sup>

ในตำรายาหมอพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราชยาทองฯ พบน้ำกระสายยาหลายชนิด เช่น ตริรัตตะกฐะ น้ำตรีผลสมภูฐาน เป็นต้น การเตรียมยาในรูปแบบกระสายยาจะทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ช่วยเสริมฤทธิ์และสรรพคุณให้ด้วยยา ความหลากหลายของน้ำกระสายยาที่นำมาใช้ในตำรายาแสดงถึงความสามารถของแพทย์แผนไทยที่สามารถยักกระสายหรือปรับ/เสริมกระสายยาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าแพทย์สมัยโบราณนั้น มีภูมิรู้ในการยักกระสาย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย<sup>42</sup> อนึ่งยังมีเทคนิคการบริหารยาที่น่าสนใจ คือ การแทรกพิมเสนในตำรับยา สันนิษฐานว่า

เพื่อช่วยให้ยาผ่านเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพืชมอสช่วยเพิ่มการเคลื่อนผ่าน (Absorptive transport) ของสาร เช่น Colchicine และ Rhodamine123 ในลำไส้หนู โดยยับยั้งการขับออกทำให้ปริมาณการเข้าสู่เลือดเพิ่มขึ้น<sup>43</sup> นอกจากนี้ พืชมอสยังถูกนำมาใช้ในตำรับยาแผนจีนเพื่อนำยา (Guide drug) ส่งผลให้สารออกฤทธิ์ผ่านเข้าสู่สมองหรืออวัยวะเป้าหมายได้ดีขึ้น<sup>44</sup>

เมื่อวิเคราะห์ความถี่ของการใช้พืชวัตถุในตำรับยาทั้ง 67 ตำรับ พบว่า พืชวัตถุที่มีการใช้บ่อยที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ คีปติและจันทน์แดง ทั้งสองชนิดมีการใช้ในตำรับยาถึงร้อยละ 52.24 รองลงมา คือ กานพลู (ร้อยละ 47.76) จันทน์ขาว (ร้อยละ 44.78) จันทน์เทศ (ร้อยละ 43.28) พริกไทย (ร้อยละ 41.79) และ กระวาน (ร้อยละ 40.30) สันนิษฐานว่า พืชวัตถุที่มีการใช้บ่อยนั้น สัมพันธ์กับความชุกของโรคที่พบบ่อย ในช่วงเวลาที่มีการจดบันทึกตำรายา ซึ่งในสมัยพระเจ้าปราสาททองนั้น ผู้คนมักเจ็บป่วยด้วยโรคไข้และโรคระบบทางเดินอาหาร ดังที่มองซิเออร์ เดอ ลาลูแบร์ ราชทูตฝรั่งเศสซึ่งเข้ามาเจริญสัมพันธไมตรีกับกรุงศรีอยุธยาในสมัยพระนารายณ์มหาราช บันทึกไว้ว่า “ชีวิตของพวกเขา (ชาวสยาม) ก็ต้องผจญกับโรคภัยไข้เจ็บทำนองเดียวกับพวกเราเหมือนกัน จำพวกโรคที่เป็นกันขุมนั้น ก็คือโรคป่วงและโรคบิด ซึ่งโรคป่วงเป็นชื่อโรคอย่างหนึ่ง โรคนี้เมื่อเกิดขึ้นทำให้ลงท้องและรากด้วย”<sup>45</sup> ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องใช้ยาสมุนไพรที่มีรสเผ็ดร้อนและรสขม เนื่องจากรสเผ็ดร้อนใช้รักษาโรคระบบทางเดินอาหารและรสขมใช้รักษาโรคไข้ จึงสอดคล้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้ และโรคระบบทางเดินอาหารที่ชุกชุมสมัยอยุธยา<sup>46</sup>

นอกจากนี้ จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ของพืชวัตถุที่มีการใช้ในตำรายาหมอพร เล่ม 2 คำอธิบายตำราพระโอสถปราสาททองฯ มากที่สุด 10 อันดับแรก พบว่า มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity) ฤทธิ์ด้านการอักเสบ (Anti-inflammatory activity) ฤทธิ์ต้านจุลชีพ (Antimicrobial activity) ฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย (Antibacterial activity) และฤทธิ์ต้านมะเร็ง (Anticancer) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของพืชวัตถุเหล่านี้ สามารถนำไปสู่การศึกษาต่อยอดเชิงลึกด้านองค์ประกอบของสมุนไพร ตลอดจนการเลือกใช้น้ำกระสายยาในแต่ละตำรับ เพื่อพัฒนาเป็นยาปรุงเฉพาะราย หรือพัฒนาตำรับยาเพื่อการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาข้อมูลน้ำกระสายยาที่มีการใช้ในแต่ละตำรับยา
2. ศึกษาและเปรียบเทียบข้อมูลการใช้สมุนไพรในตำราพระโอสถปราสาททอง ฉบับกรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์ และตำราโอสถพระนารายณ์



## เอกสารอ้างอิง

1. ลัดดาวัลย์ คุปปัญญามาตย์. ตำราเภสัชกรรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิมฯ; 2558.
2. พลเรือเอกพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์. คำอธิบายตำราพระโอสถปราชยาทองฉบับกรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2566.
3. พิสิษฐ์ วรอุไร. ความสำคัญของการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสมุนไพรต่อการพัฒนาจากธรรมชาติ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2563;18(2):45-58.
4. เต็ม สมิตินันท์. ชื่อพรรณไม้แห่งประเทศไทย. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.
5. Royal Botanic Gardens, Kew. Plants of the World Online [Internet]. 2017 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://powo.science.kew.org/>.
6. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ฐานข้อมูลเครื่องยาไทย: โกฐเขมา [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://phar.ubu.ac.th/herb-DetailThaicrudedrug/27>
7. วุฒิ วุฒิชรรณเวช. ย่อเภสัชกรรมไทยและสรรพคุณสมุนไพร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทศิลป์สยามบรรจภัณฑ์และการพิมพ์จำกัด; 2552.
8. กลุ่มงานวิชาการเภสัชกรรมแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ตำราอ้างอิงยาสมุนไพรไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. เล่ม 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
9. กลุ่มงานวิชาการเภสัชกรรมแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ตำราอ้างอิงยาสมุนไพรไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. เล่ม 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
10. Rawat P, Chauhan V, Choudhary J, Singh C, Chauhan N. Antibacterial, antioxidant, and phytochemical analysis of *Piper longum* fruit extracts against multi-drug resistant non-typhoidal *Salmonella* strains *in vitro*. J Appl Nat Sci 2022;14(4):1226-1239.
11. Phan UTT, Nguyen HD, Nguyen TKO, Tran TH, Le TH, Tran TTP. Anti-inflammatory effect of *Piper longum* L. fruit methanolic extract on lipopolysaccharide-treated RAW 264.7 murine macrophages. Heliyon 2024;10(4):2-14.
12. Anandan J, Shanmugam R. Antioxidant, Anti-inflammatory, and Antimicrobial Activity of the *Kalanchoe pinnata* and *Piper longum* Formulation Against Oral Pathogens. Cureus 2024;16(4):57824.

13. Priya N, Kumari S. Antiviral Activities and Cytotoxicity Assay of Seed Extracts of *Piper longum* and *Piper nigrum* on Human Cell Lines. Int J Pharm Sci Rev Res 2017;44(1):197-202.
14. Soingam T, Srithaworn M. Anti-tyrosinase, anti-skin pathogenic bacterial, and antioxidant activities and phytochemical constituents of *Dracaena cochinchinensis* (Lour.) S.C. Chen extract. Biosci J 2023;39:1-13.
15. ภรภัทร นิตวุฒิเดชา, ชีรทัศน์ สุดสาย. การศึกษาฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระและด้านการอักเสบของแก่นจันทน์แดง. ใน:การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิตประจำปี 2559; วันที่ 29 เมษายน 2559; ณ ศาลาดนตรีสุริยเทพ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2559. หน้า 58-65.
16. อลิษา แสงพุ่ม. ฤทธิ์ทางชีวภาพของตำรับยาไทยชื่อยาประสะจันทน์แดงและสมุนไพรรักษาโรค. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
17. Guo SC, Yu B, Jia Q, Yan HY, Wang LQ, Sun FF, et al. Loureirin C extracted from *Dracaena cochinchinensis* S.C. Chen prevents rotaviral diarrhea in mice by inhibiting the intestinal  $Ca^{2+}$ -activated  $Cl^-$  channels. J Ethnopharmacol 2024;318.
18. Temesgen S, Sasikumar JM, Egigu MC. Effect of extraction solvents on total polyphenolic content and antioxidant capacity of *Syzygium aromaticum* L. flower bud from Ethiopia. BioMed Res Int 2022;2022:1-9.
19. Ounaceur LS, Djaber N, Ounaceur A, Atoui L, Djefel KB, Boudjil S, et al. In vivo determination of the anti-inflammatory and antioxidant effects of the aqueous extract of *Syzygium aromaticum* (clove) in an asthmatic rat model. Cell Mol Biol 2024;70(3):29-39.
20. Zhang Y, Wang Y, Zhu X, Cao P, Wei S, Lu Y. Antibacterial and antibiofilm activities of eugenol from essential oil of *Syzygium aromaticum* (L.) Merr. & L. M. Perry (clove) leaf against periodontal pathogen *Porphyromonas gingivalis*. Microb Pathog 2017;113:396-402.
21. Kiki MJ. In vitro antiviral potential, antioxidant, and chemical composition of clove (*Syzygium aromaticum*) essential oil. Molecules 2023;28:2421.
22. พรรณนิภา แจ็กแดงพะเนา, รัชฎาพรรณ อรรถนิมาตย์, ปราณี ศรีราช. ปริมาณสารประกอบฟีนอลิกรวม ปริมาณสารประกอบฟลาโวนอยด์รวมและฤทธิ์ยับยั้ง *Streptococcus mutants* ของสารสกัดจันทน์ทั้ง 5. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2567;26(3):114-121.
23. Nikolic V, Nikolic L, Dinic A, Gajic I, Urosevic M, Stanojevic L, et al. Chemical composition, antioxidant and antimicrobial activity of nutmeg (*Myristica fragrans* Houtt.) seed essential oil. J Essent Oil Bear Plants 2021;24(2):218-27.
24. Matulyte I, Jekabsone A, Jankauskaite L, Zavistanaviciute P, Sakiene V, Bartkiene E, et al. The essential oil and hydrolats from *Myristica fragrans* seeds with magnesium aluminometasilicate as excipient: Antioxidant, antibacterial, and anti-inflammatory activity. Molecules 2020;25(1):145.

25. Ansory HM, Ulfah T, Hardjomidjodjo HH, Anggraeni E. Chemical separation and antibacterial activity of nutmeg seed essential oil against *Shigella* sp. and *Escherichia coli* ATCC 25922. IOP Conf Ser Mater Sci Eng 2020;846:1-7.
26. Bhanuz D, Pathompong P, Jitpisute C, Saovapak P, Onmanee P, Ratha-korn V, et al. Anti-*Helicobacter pylori*, anti-inflammatory and antioxidant evaluation of crude extracts from *Amomum krervanh* fruits. ScienceAsia 2019;45:109-115.
27. Sudjarwo SA, Eraiko K, Sudjarwo GW, Koerniasari. Protective effects of piperine on lead acetate induced-nephrotoxicity in rats. Iran J Basic Med Sci 2017;20(11):1227-1231.
28. Alves FS, Cruz JN, de Farias Ramos IN, do Nascimento Brandão DL, Queiroz RN, da Silva GV, et al. Evaluation of Antimicrobial Activity and Cytotoxicity Effects of Extracts of *Piper nigrum* L. and Piperine. Separations 2023;10(1):21.
29. สิริธนา ดอกดวง, อามานร์ เทศอาเล็น, ศิริพร หมาดหล้า, สมชาย ศรีวิริยะจันทร์, พจนพร ไกรดิษฐ์.ฤทธิ์ต้านมะเร็งของสารสกัดจากสมุนไพรจากพริกไทยดำในหนูขาวที่ถูกเหนี่ยวนำด้วยสาร NMU. ใน: การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13; วันที่ 16 สิงหาคม 2561; ณ มหาวิทยาลัยรังสิต. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2561. หน้า 3131-3142.
30. Pagliari S, Forcella M, Lonati E, Sacco G, Romaniello F, Rovellini P. Antioxidant and Anti-Inflammatory Effect of Cinnamon (*Cinnamomum verum* J. Presl) Bark Extract after *In Vitro* Digestion Simulation. Foods 2023;12(3):452.
31. Al-Garadi MA, Qaid MM, Alqhtani AH, Alhajj MS, Al-abdullatif AA, Al-Mufarrej SI. *In Vitro* Antimicrobial Efficacy Assessment of Ethanolic and Aqueous Extracts of Cinnamon (*Cinnamomum Verum*) Bark against Selected Microbes. Braz J Poult Sci 2022;1:001-016.
32. Karadag AE, Biltekin SN, Ghani U, Demirci B, Demirci F. Enzyme-Based Antiviral Potential of *Cinnamomum verum* J. Presl. Essential Oil and Its Major Component (E)-Cinnamaldehyde. ACS Omega 2024;9(12):14118-14122.
33. Khan MF, Charbaji AMY, Baabbad AA, Almoutiri ND, Wadaan MAM. Investigating the role of *Cinnamomum verum* in zebrafish swim bladder development and anti-cancer activity in human lung cancer cell lines. Arabian Journal of Chemistry 2023;16:2-11.
34. Daham SS, Tabana YM, Iqbal MA, Ahamed MBK, Ezzat MO, Majid ASA, et al. The Anticancer, Antioxidant and Antimicrobial Properties of the Sesquiterpene  $\beta$ -Caryophyllene from the Essential Oil of *Aquilaria crassna*. Molecules 2015;20(7):11808-11829.

35. ชารินันท์ แจงกลาง, ศุภรัตน์ ดวนใหญ่, วรกานต์ โสมิ, สิริภา ทมตะขบ, ภัศรี แสงสาย. การศึกษาปริมาณสารฟีนอลิก ปริมาณสารฟลาโวนอยด์ และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระในสารสกัดสมุนไพร. วารสารหมอไทยวิจัย 2565;8(1):93-105.
36. Shaheen N, Azam A, Ganguly A, Anwar S, Parvez SA, Punyamurtula U, et al. Anti-inflammatory and analgesic activities of black cumin (BC, *Nigella sativa* L.) extracts in in vivo model systems. Bulletin of the National Research Centre 2022;46(26):1-8.
37. Sutrisna E, Wahyuni S, Fitriani A. Antibacterial Effect of *Nigella sativa* L. Seed from Indonesia. Pharmacogn J 2022;14(6):1029-1032.
38. Abo-Neima SE, El-Sheekh MM, Al-Zaban MI, EL-Sayed AIM. Antibacterial and anti-corona virus (229E) activity of *Nigella sativa* oil combined with photodynamic therapy based on methylene blue in wound infection: *in vitro* and *in vivo* study. BMC Microbiology 2023;23(1):1-18.
39. Periasamy VS, Athinarayanan J, Alshatwi AA. Anticancer activity of an ultrasonic nanoemulsion formulation of *Nigella sativa* L. essential oil on human breast cancer cells. Ultrasonics Sonochemistry 2016;31:449-455.
40. สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การปรุงยาสมุนไพรตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทย 28 วิธี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2564.
41. พระปลัด ดร.เสน่ห์ ธมฺมวโร, พระนคร ปริงฤทธิ์, วิโรจน์ กันทาสุข, ธิดา ดวงคำชาว. สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ชูดยาฝน ยาขอ หมอวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่; 2549.
42. ชัยนัฏ พิเชษฐสุนทร, วิเชียร จีรวงส์. คู่มือเภสัชกรรมแผนไทย เล่ม 1 น้ำกระสายยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2556.
43. He H, Shen Q, Li J. Effects of borneol on the intestinal transport and absorption of two P-glycoprotein substrates in rats. Arch Pharm Res 2011;34(7):1161-1170.
44. Zhang J, Liu SL, Wang H, Shi LY, Li JP, Jia LJ, et al. The effects of borneol on the pharmacokinetics and brain distribution of tanshinone IIA, salvianolic acid B and ginsenoside Rg1 in *Fufang Danshen* preparation in rats. Chin J Nat Med 2021;19(2):153-160.
45. บลัดเลย์ แดน บีช. อักษราภิธานศรีบท. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว; 2514.
46. มองซิเออร์ เดอ ลาลูแบร์. จดหมายเหตุ ลา ลูแบร์: ราชอาณาจักรสยาม. สันต์ ท. โกมลบุตร, ผู้แปล. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ศรีปัญญา; 2557.

